- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo

Family violence and mental health in adolescence: complex trauma as a developmental disorder

COSIMO RICCIUTELLO, MARIAGNESE CHELI, MARIA ELENA MONTENEGRO, MICHELA CAMPIERI, ANDREA FINI, FRANCESCA PINCANELLI
E-mail: mariagnese.cheli@ausl.bologna.it

Azienda USL di Bologna,
Centro Specialistico Provinciale contro i Maltrattamenti all'Infanzia "Il Faro"

RIASSUNTO. Scopo. Rilevare la dannosità e la pervasività sullo sviluppo dell'esposizione a precoci e reiterate esperienze di maltrattamento intra-familiare alla luce della prospettiva teorica del Trauma Complesso come Disturbo dello Sviluppo. **Metodo.** Studio condotto su un campione di 22 adolescenti tra i 15 e i 18 anni, in cura presso il Centro Specialistico contro i Maltrattamenti all'Infanzia "Il Faro" di Bologna. Sono state esaminate alcune aree di funzionamento psicologico particolarmente vulnerabili alla violenza nelle relazioni primarie e al contempo cruciali per la futura salute mentale, secondo il NCTSN: attaccamento, immagine di sé, regolazione degli stati affettivi interni, funzioni cognitive, controllo degli impulsi. I dati, raccolti tramite colloqui clinici, indagini socio-anamnestiche, interviste strutturate e strumenti self-report raccomandati dal NASMHPD, sono stati correlati alle forme di maltrattamento e ai principali fattori di rischio rilevati nell'ambiente familiare. **Risultati.** I dati evidenziano un significativo danneggiamento delle funzioni psichiche esaminate che risultano particolarmente sensibili a violenza domestica, distorsione dell'empatia nei genitori e deficit nell'assunzione di responsabilità nei genitori. **Conclusioni.** Lo studio indica la necessità di: sviluppare maggiore consapevolezza clinica sulle conseguenze del trauma complesso nello sviluppo; adottare strumenti diagnostici specifici per valutare gli esiti post-traumatici; effettuare screening abituali per esplorare le storie di maltrattamento nei pazienti in carico ai servizi di salute mentale.

PAROLE CHIAVE: maltrattamenti intrafamiliari, trauma psicologico, salute mentale, sviluppo.

SUMMARY. Aim. To highlight the harmfulness and pervasive of early and repeated exposure to family violence from the theoretical perspective of complex trauma as a developmental disorder. **Method.** A study carried out on a sample of 22 adolescents between the ages of 15 and 18, who have been entrusted to Il Faro Bologna, a Specialist Centre for child abuse and neglect. Specific areas of psychological functioning were examined. According to the NCTSN these areas are considered vulnerable to violence in primary relationships and crucial for future mental health. They are attachment, self-concept, affect regulation, cognition and behavioural control. The data was correlated with the different forms of maltreatment and the main risk factors detected in the family environment and was collected by means of clinical interviews, family and social histories, structured interviews and self-reports recommended by the NASMHPD. **Results.** The data highlights a correlation between the psychic functions examined and exposure to family violence, distortion of parental empathy and parental responsibility failure. **Conclusion.** The study indicates the need: a) to raise clinical awareness of the consequences of complex trauma on development; b) to adopt specific diagnostic tools for evaluating post-traumatic outcomes; c) to carry out regular screening in order to explore histories of maltreatment in patients cared for by mental health services.

KEY WORDS: family violence, psychological trauma, mental health, development.

INTRODUZIONE

Molti pazienti adolescenti e adulti, reduci da precoci esperienze di maltrattamento intra-familiare, presentano all'osservazione clinica assetti sintomatologici complessi e cronici non sempre diagnosticabili con gli attuali sistemi di classificazione. A partire da tale considerazione, numerosi autori (1,2) propongono di includere nella prossi-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

ma edizione (V) del DSM il disturbo da stress traumatico complesso dello sviluppo per rilevare e diagnosticare con appropriatezza gli effetti derivanti dalla esposizione a eventi traumatici multipli e cronici che si verificano precocemente nel sistema di cura primario e che comportano esiti che vanno oltre i sintomi caratteristici del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e di altre condizioni di comorbilità dell'asse I, II, III e IV (2-6).

I molteplici rischi evolutivi riscontrabili nel comportamento di adolescenti reduci da storie con traumi complessi, come per esempio le tendenze auto ed etero lesive, i disturbi del comportamento alimentare e sessuale, la devianza (7,8), la vittimizzazione secondaria, l'abuso di sostanze, ecc., pongono i servizi di salute mentale dell'infanzia e dell'età adulta di fronte a rilevanti questioni di natura preventiva, diagnostica, terapeutica e i servizi sociali a dover fronteggiare aspetti ed esigenze protettive spesso difficilmente attuabili e gestibili. Tuttavia, nonostante lo sviluppo della ricerca clinica e l'acquisita utilità di adottare abituali strumenti di screening trauma-oriented, è tuttora diffusa una certa "resistenza" negli ambienti psichiatrici a includere nell'anamnesi del paziente specifiche domande volte all'esplorazione di pregresse esperienze traumatiche. Le ragioni sono molteplici: timore di peggiorare la condizione clinica del soggetto, scarsità di risorse (centri specializzati, formazione, supervisione) e/o di strumenti diagnostici specifici, ecc. Come conseguenza, la narrazione storica rischia di essere parziale e privata proprio degli aspetti eziopatogenetici. A tal proposito, il National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD: http://www.nasmhpd.org) (9) statunitense ha diffuso, attraverso il proprio sito web, alcune raccomandazioni rivolte agli specialisti della salute mentale, riportate in forma sintetica in calce al presente contributo come utile orientamento nella pratica clinica.

IL MALTRATTAMENTO NELLA PROSPETTIVA TEORICA DEL TRAUMA COMPLESSO COME DISTURBO DELLO SVILUPPO

Distinguere le varie forme di maltrattamento all'infanzia – abuso sessuale, violenza fisica e psicologica, assistere a violenza domestica, patologia delle cure – (10), è utile per fini esemplificativi, ma l'esperienza clinica e le ricerche longitudinali (11) rilevano che il bambino è più frequentemente vittima di costellazioni maltrattanti multiformi che, oltre a comportare conseguenze dannose e persistenti sullo sviluppo e tendono a strutturarsi in deficit durante l'adolescenza e a cronicizzarsi in età adulta. Ne derivano quadri psicopatologici complessi determinati principalmente da un'alterazione dei processi di regolazione interna alla base dell'organizzazione strutturale della personalità (12,13). Le ricerche condotte su vasti campioni clinici di soggetti in età adulta – in particolare con disturbo da stress non altrimenti specificato – (14-17) hanno portato all'individuazione delle aree di sviluppo maggiormente sensibili all'esposizione a tali sfavorevoli esperienze infantili (11). Le riportiamo qui di seguito.

Attaccamento

In oltre l'80% di bambini maltrattati sono rilevati modelli di attaccamento insicuri e disorganizzati (18,19) i quali, in assenza di fattori protettivi, si prefigurano come importanti fattori di rischio evolutivo per i disturbi psicopatologici connotati da deficit nella capacità di empatia, nel riconoscimento e nella regolazione degli stati emotivi interni e sintonici. Tali difficoltà possono costituire elementi predittivi per lo sviluppo di disturbi nelle relazioni interpersonali, interferendo con la possibilità di costruire legami di attaccamento in età adulta sulla base di sentimenti di fiducia, di sicurezza e di affidabilità, nella disponibilità di sé e nell'investimento dell'altro (20).

Sviluppo neurobiologico

La neurobiologia delle emozioni e la neuropsicologia della memoria rappresentano oggi gli ambiti di ricerca sui quali si fonda la psicopatologia clinica del trauma e quindi, il riconoscimento diagnostico del disturbo traumatico dello sviluppo (1,20,21).

Le esperienze cumulative di deprivazioni e maltrattamenti nell'infanzia agiscono sui fattori di regolazione neurobiologica delle risposte allo stress cronico provocando, da una parte, una ipersensibilizzazione del sistema attraverso una condizione di iperarousal che tende a stabilizzarsi nel tempo e, dall'altra, un consolidamento e mantenimento delle reazioni di iperadattamento che svolgono una funzione difensiva (22,23). Tali meccanismi sono mediati dall'azione di ormoni e neurotrasmettitori che oltre all'induzione disfunzionale del sistema, possono determinarne anche un'alterazione strutturale, più spesso a carico della corteccia frontale, del lobo limbico, dell'amigdala e dell'ippocampo (23).

Regolazione degli stati affettivi interni

Le precoci esperienze traumatiche danneggiano complessivamente la capacità di decodificare e modu-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

lare le emozioni (24). Tale deficit può esprimersi in difficoltà a riconoscere le emozioni e a differenziare gli stati affettivi. I disturbi dell'umore si configurano come una frequente conseguenza, nelle sue diverse espressioni della depressione, degli stati maniacali e del disturbo bipolare (25,26).

Dissociazione

La dissociazione psichica, intesa come il fallimento della capacità di integrare pensieri, emozioni ed eventi è una caratteristica peculiare del trauma complesso come disturbo dello sviluppo (1,2,26-28). Nella psicopatologia del trauma la dissociazione è funzionale alla sopravvivenza del sé come difesa adattiva al prezzo di una discontinuità e frammentazione dell'esperienza psicologica soggettiva che si costituisce attraverso i processi di memoria. Sul piano clinico si caratterizza come disturbo della memoria (amnesia parziale o totale) che si associa a un'alterazione nella sensazione e percezione di sé e dell'ambiente (depersonalizzazione e derealizzazione). Nelle forme più gravi può esitare in un disturbo dissociativo dell'identità o in un disturbo di personalità multipla (29).

Regolazione del comportamento e controllo degli impulsi

Il trauma infantile è associato sia allo sviluppo di comportamenti internalizzanti (inibizione/ritiro) che esternalizzanti (impulsività), ma anche a tendenze iper o ipocontrollanti (29,30). Una delle possibili conseguenze sul piano dello sviluppo è data dall'emergenza di un disturbo del comportamento dirompente in adolescenza, caratterizzato da aggressività auto ed etero diretta associata a deficit nel controllo degli impulsi (31,32).

Funzioni cognitive

Numerosi studi prospettici hanno mostrato che i bambini abusati e trascurati dai loro caregiver presentano un disturbo nel funzionamento cognitivo e nell'attribuzione dei significati (31-33). Trascuratezza fisica ed emotiva incidono negativamente sullo sviluppo del linguaggio espressivo e, più in generale, sulle funzioni astratte del pensiero e sull'organizzazione delle funzioni esecutive (34). Inoltre, l'esposizione cronica alla violenza domestica, verosimilmente attraverso un'ipersecrezione degli ormoni dello stress (in particolare il cortisolo) neurotossici per la corteccia frontale, risulta particolarmente correlata a deficit nel funzionamento cognitivo e dell'apprendimento (32,34).

Immagine di sé

Maltrattamenti precoci, assenza di fattori protettivi e fallimento nello sviluppo di competenze appropriate all'età causano una generale "mortificazione" del Sé percepito come inefficace, impotente, indegno. I bambini traumatizzati evidenziano precocemente tale deficit: a diciotto mesi tendono già a rispondere con reazioni neutrali o negative rispetto ai bambini non traumatizzati; in età prescolastica mostrano una maggiore propensione a sottostimare le proprie abilità, in adolescenza aumenta il rischio di abbandono scolastico e l'esposizione a rischi ambientali (vittimizzazione secondaria). Il ricorso strutturato alla dissociazione psichica porta a un significativo disturbo della memoria autobiografica e dell'integrazione del sé (2,19,24,29,32,35).

MALTRATTAMENTO E FATTORI DI RISCHIO

Il sostegno genitoriale è un fattore determinante nell'influenzare le modalità adattive e reattive del bambino al trauma; se esso è negato o non riconosciuto, costringe il bambino ad agire "come se" l'esperienza sfavorevole non fosse mai accaduta, impedendo conseguentemente l'individuazione di strategie di coping più adattive (3,32).

Il maltrattamento come patologia delle relazioni di cura è fortemente correlato a specifici fattori di vulnerabilità e di resilienza individuali, familiari e sociali (prossimali e distali) che, in un processo interattivo, moderano o aggravano il rischio di esposizione alla violenza. Deficit nel controllo degli impulsi (associato ad abuso di sostanze, a psicopatologie non trattate, a scarsa tolleranza alle frustrazioni, a temperamento difficile del figlio, ecc.), dinamiche relazionali del nucleo familiare (conflittualità di coppia e con la famiglia d'origine, ecc.) e nell'ambiente di vita quotidiano (scarso accesso ai servizi, isolamento sociale, monogenitorialità, ecc.) incidono sfavorevolmente sulle funzioni di protezione e cura. La violenza domestica e la conflittualità di coppia sono altamente predittive di maltrattamento intrafamiliare (36). La distorsione della capacità empatica, ovvero la mancata sintonizzazione emotiva e affettiva verso il figlio, indicativa di pregressi vissuti di rifiuto e violenza subiti dal genitore, incide negativamente sulle funzioni rappresentative e simboliche, esponendo il figlio alla trasmissione transgenerazionale delle dinamiche maltrattanti (37).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

METODI

Il campione esaminato è composto da 22 soggetti (71% degli adolescenti) seguiti in diagnosi e terapia dal Centro Specialistico nel triennio 2008-2010.

I criteri di inclusione adottati sono i seguenti:

- maschi e femmine di età compresa tra i 15 e 18 anni;
- presenza di maltrattamento multiforme (almeno due forme di violenza individuate in base al modello di classificazione offerto da Francesco Montecchi[1] (10) e adottato dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) (38), rilevato tramite: gli esiti delle sentenze giudiziarie (87%), referti medici specialistici (4%), racconto dettagliato della vittima (89%) e dei familiari (38%);
- età precoce della vittimizzazione (occorsa in età prescolare);
- origine intra-familiare dei maltrattamenti, perdurati per almeno 3 anni (fonte dati anamnestici).

Data l'esiguità del campione, non abbiamo esaminato i fattori di rischio distali, riportando nella **Figure 1** solo i fattori di rischio prossimali[2] (36) con valore superiore al 30%, riscontrati nell'ambiente familiare nel periodo in cui si è verificato il maltrattamento.

Le funzioni psichiche prese in esame, alla luce della prospettiva teorica del trauma complesso come disturbo dello sviluppo, sono le seguenti[3]:

- attaccamento;
- immagine di sé;
- regolazione degli stati affettivi;
- controllo degli impulsi;
- funzioni cognitive.

Gli strumenti di valutazione utilizzati sono i seguenti:

- colloquio clinico
- anamnesi sociale (36)
- Child Behavioral Check List (39)
- Dissociative Experiences Scale-A (40)
- Parenting Stress Index (Forma breve) (41)

[1] Nella patologia delle cure è stata rilevata solo l'incuria. Le diverse forme di abuso sessuale (intra-familiare, parentale, extra-familiare) sono state accorpate in un'unica voce. Abbiamo incluso l'abbandono precoce da parte di un genitore poiché variabile prevista nella teoria di riferimento, come una forma di maltrattamento di natura traumatica

[2] Il fattore di rischio "impulsività dei genitori" è stato escluso in quanto ritenuto sottostimato (non rilevato correttamente) nel campione in esame.

[3] La funzione biologica (malattie fisiche, somatizzazione ecc., seppur compresa nella cornice teorica di riferimento, non è stata oggetto di rilevazione, ad eccezione dei disturbi alimentari, presenti in una adolescente.

Caratteristiche del campione al momento dell'invio al Centro Specialistico

Il 50% di ragazzi è di genere maschile (6 sono autori di reati sessuali a danno di minorenni). L'età media è di 15,7 anni. Il 59% frequenta la scuola (90% delle femmine), il 14% svolge un'attività lavorativa, il 18% è privo di occupazione, il restante 9% svolge un inserimento lavorativo protetto (borsa-lavoro). Il 41% degli adolescenti vive in comunità educativa, mentre il restante 59% vive in famiglia (di questi, due in adozione e uno in affidamento). Il nucleo familiare di origine risulta composto, per oltre la metà del campione (52%), dal singolo genitore (figura materna) e solo nel 17% è esercitata la funzione bi-genitoriale (materna e paterna) indipendentemente dallo stato civile della coppia.

RISULTATI

Attaccamento (in particolare, difficoltà nei rapporti interpersonali [54%], sfiducia e sospettosità verso il mondo esterno [46%]), immagine di sé (bassa autostima [44,7%], vissuti di colpa e vergogna [38,3%]) e regolazione degli stati affettivi interni (generalizzata difficoltà a decodificare, descrivere, comunicare e modulare le emozioni, i bisogni e i desideri) emergono come aree maggiormente danneggiate, anche se i dati del campione evidenziano una generale compromissione di tutte le funzioni psicologiche esaminate (**Figure 1** e **3**), in accordo con la prospettiva teorica del trauma complesso come disturbo dello sviluppo. Tali funzioni appaiono particolarmente vulnerabili alla violenza sessuale, fisica e domestica (**Figura 3**).

Nelle forme di maltrattamento associate a incuria (**Figura 3**) si prefigura un ambiente di crescita particolarmente sfavorevole e danneggiante per lo sviluppo. Tali condizioni sono significativamente correlate a violenza domestica, mancata responsabilità genitoriale (incapacità del caregiver di assumere una posizione protettiva attiva verso il figlio) e distorsione delle capacità empatiche (**Figure 1** e **2**), che nel campione emerge come il fattore di rischio più danneggiante e predisponente ad altre forme di maltrattamento. L'assistere a violenza domestica è associata per il 50% dei casi ad abuso di sostanze dei genitori (un fattore di rischio prossimale inferiore alla soglia del 30% nelle altre forme di violenza). Il bambino non è visto come soggetto portatore di specifici bisogni evolutivi; sono inoltre minimizzate o negate le conseguenze sfavorevoli sulla sua crescita e la responsabilità dei caregiver, in una sorta di normalizzazione della violenza intrafamiliare che rende ancora più ardui gli interventi pro-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

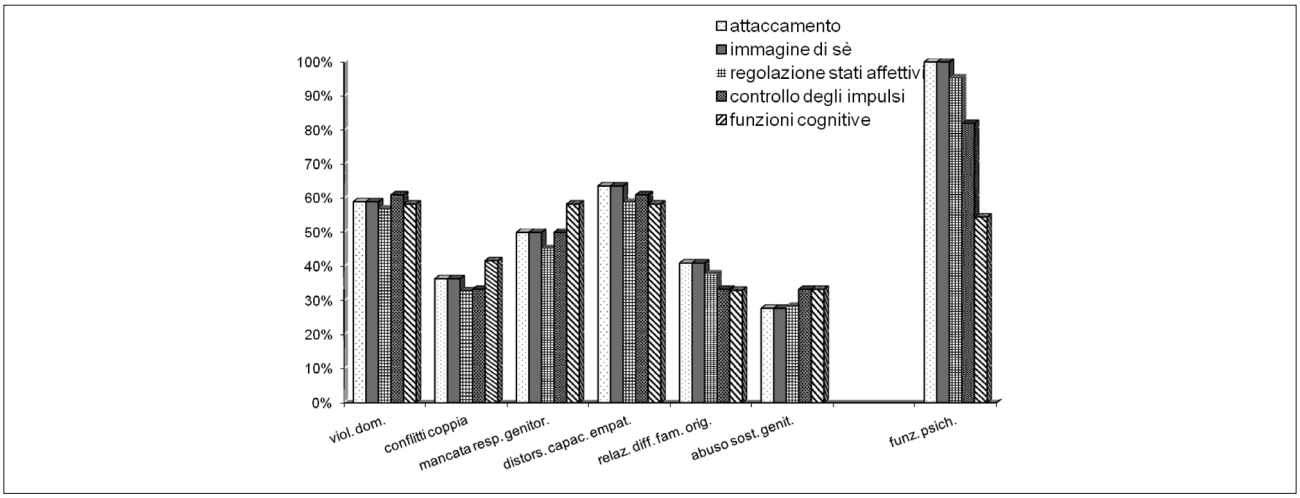

Figura 1. Fattori di rischio e funzioni psichiche.

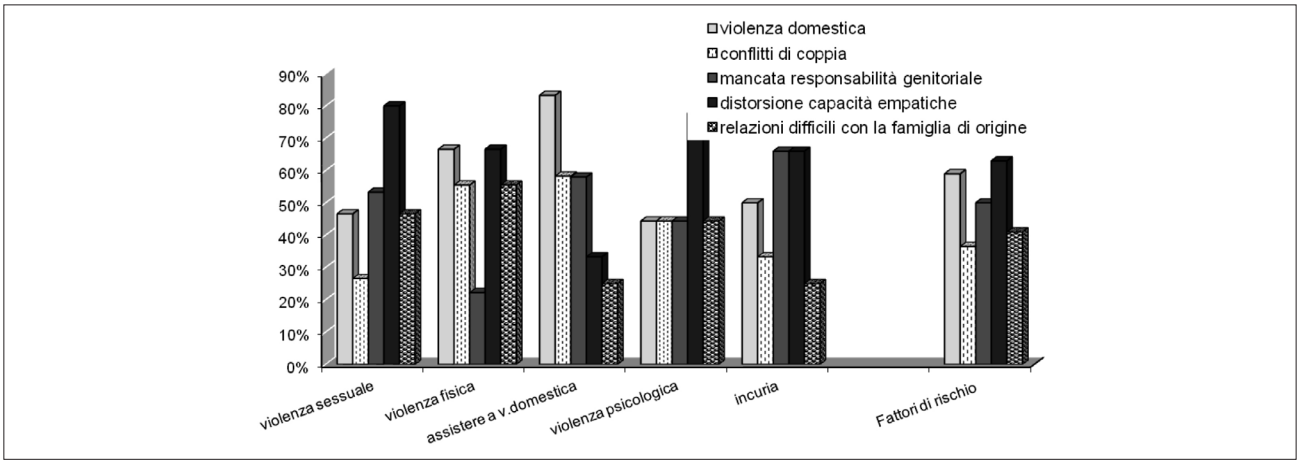

Figura 2. Fattori di rischio e forme di violenza.

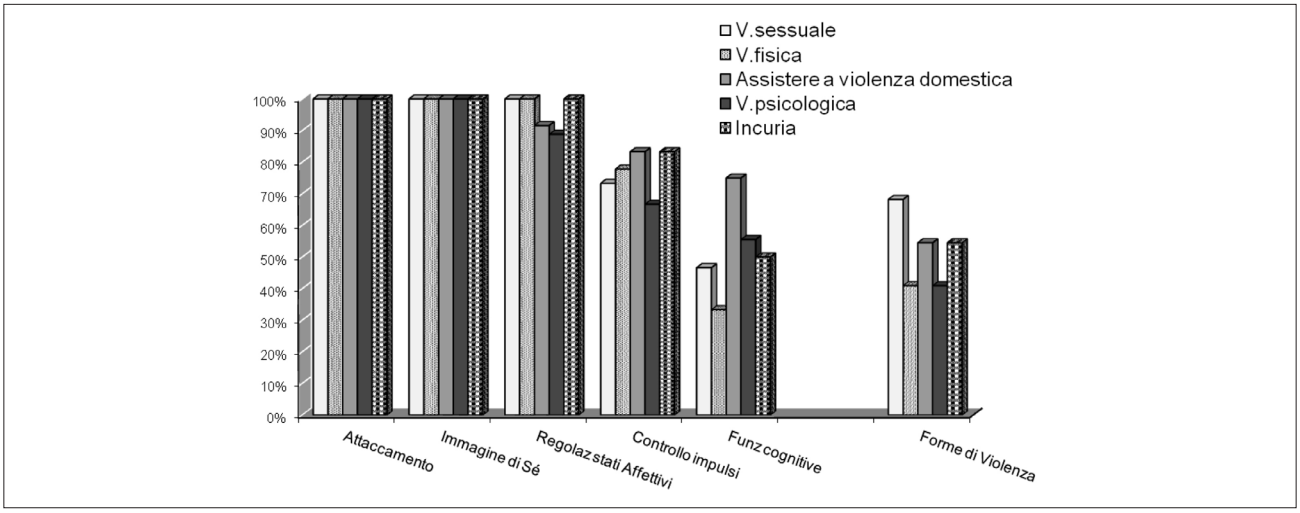

Figura 3. Forme di violenza e funzioni psichiche.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

tettivi, di cura e recupero delle relazioni familiari (36). Conseguentemente, le funzioni cognitive (problemi di comprensione, concentrazione e mancanza di curiosità) e il controllo degli impulsi (il 54,5% dei soggetti evidenziano tendenze esternalizzanti [comportamenti aggressivi, oppositivi], il restane esprime funzionamenti internalizzanti [eccessiva compiacenza, ritiro sociale, tendenze autolesive e abuso di sostanze) risultano particolarmente sensibili agli stressor (40) di un ambiente familiare ripiegato su irrisolte problematiche interne e transgenerazionali (**Figura 3**). La violenza domestica sembra particolarmente sfavorevole per la protezione del figlio e nociva per l'esercizio di una funzione genitoriale sintonica con le necessità evolutive del bambino, costretto a vivere in un clima insicuro, imprevedibile, eccessivamente stressante, accanto a un genitore traumatizzato (la vittima), conseguentemente incapace di esprimere empatia e a un genitore inaffidabile (il perpetratore) e abbandonico (**Figura 2**).

Il 22,7% dei soggetti del campione (due femmine e tre maschi) sono risultati significativamente dissociati al DES-A (alterazione della coscienza, sintomi di depersonalizzazione, amnesia) e, in assoluto, i più compromessi dal punto di vista clinico. Essi condividono l'esposizione, in età molto precoce dello sviluppo, a gravi forme di violenze sessuali intra ed extra familiari, abbandoni precoci e a maltrattamenti fisici reiterati.

Le costellazioni familiari violente e instabili rilevate nell'indagine indeboliscono l'esercizio della funzione bi-genitoriale (presente solo nel 17% del campione esaminato), orientando un genitore (nel nostro campione la figura paterna) al disimpegno e all'abbandono della relazione di cura, alla conseguente collocazione del figlio adolescente "problematico e ingestibile" (per il singolo genitore) in comunità educativa o in altra famiglia. Il fallimento genitoriale si trasforma, in tal modo, in una sorta di "profezia che si auto-avvera", traumatica e cumulativa, che assesta un colpo ancor più duro ai già compromessi modelli operativi interni e all'immagine di sé dell'adolescente.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'esiguità del campione esaminato induce ad adottare un atteggiamento interpretativo prudente. La scarsità di ricerca nel nostro Paese sugli esiti del trauma complesso dello sviluppo non ci permette di effettuare confronti con campioni analoghi e normativi.

I risultati emersi dall'indagine orientano a ipotizzare che i disturbi da stress traumatico complesso vadano oltre la classica definizione di esperienza traumatica (Criterio A) e al di là dei tre criteri classici (riattivazione invasiva di ricordi traumatici, congelamento delle emozioni e ipervigilanza - Criteri B-D) che costituiscono la diagnosi per il PTSD (42,43). Di conseguenza, essi tendono a essere difficili da diagnosticare con precisione e da trattare in modo efficace (2,3,43).

I modelli teorici sullo sviluppo ontogenetico delle funzioni sottese alla regolazione del Sé, degli stati affettivi e cognitivi, all'elaborazione delle informazioni somatiche nelle precoci fasi di sviluppo dell'individuo, pongono al centro l'importanza del caregiver come principale riferimento per l'acquisizione di queste competenze e la loro interdipendenza con i fattori di rischio prossimali presenti nell'ambiente di vita (3,36). Eventi sfavorevoli di natura traumatica nelle relazioni primarie si dispiegano, nel corso dello sviluppo, attraverso una cronica difficoltà nell'investimento oggettuale che origina da una profonda disistima delle proprie capacità. A livello sociale e soprattutto scolastico si realizzano rilevanti problemi di disadattamento e di disagio che possono preludere a forme di ritiro narcisistico in adolescenza, difficilmente gestibili sul piano educativo e terapeutico. In particolare i modelli operativi interni, lo stile di attaccamento (insicuro/ evitante/ disorganizzato) e l'immagine di sé costituiscono, nel loro complesso, importanti aree d'indagine che, se approfondite, possono migliorare l'efficacia e l'efficienza degli interventi di cura.

La ricerca e le conoscenze cliniche sul trattamento dei pazienti con storie di trauma complesso sono in continua evoluzione. L'accento è posto sull'importanza di rilevare le esperienze traumatiche nella storia del paziente e le complesse reazioni correlate, sul come effettuare una diagnosi differenziale e come individuare interventi protettivi e trattamenti psicoterapeutici, psicoeducativi e farmacologici efficaci (2,3). La valutazione clinica dei pazienti reduci da storie di traumi complessi dovrebbe, quindi, includere oltre alla diagnosi del corredo sintomatologico, anche una ricostruzione dettagliata della storia traumatica.

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI DEL NASMHPD

Nonostante numerose ricerche longitudinali abbiano ormai dimostrato sul piano scientifico l'esistenza di una stretta correlazione tra malattia mentale in età adulta ed esposizione in epoca infantile a esperienze sfavorevoli di natura traumatica – maltrattamenti e abusi – (44-48), pochi sforzi sono stati compiuti fino a oggi dalla scienza psichiatrica per ap-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

profondire lo studio della diagnosi e del trattamento dei sintomi post-traumatici (49). Anche quando emergono all'attenzione clinica difficilmente divengono oggetto specifico di diagnosi e cura e solo una bassa percentuale di pazienti ricoverati riceve una diagnosi di PTSD (50,51). Tuttavia, l'adozione di specifici metodi di valutazione del trauma psichico non costituisce solo una pratica clinica raccomandabile, ma una prassi necessaria per offrire ai pazienti in carico ai servizi di salute mentale adeguati interventi di cura ed evitare rischi di ulteriore vittimizzazione e stigmatizzazione sociale (52).

La ri-significazione dei sintomi post-traumatici, filtrata dalla storia del trauma, favorisce l'individuazione di strategie di coping più efficaci, aumenta l'empowerment personale, riduce l'area del rischio e pertanto dovrebbe essere inclusa nei piani di trattamento (53-55).

Vantaggi

- Non vi sono prove in letteratura che i pazienti siano turbati o infastiditi da domande esplorative su abusi/violenze (56-60). Al contrario, vi sono prove crescenti che il non farlo collude con la negazione della società sulla prevalenza e l'incidenza del maltrattamento (58,61);
- adottare screening abituali e interviste specifiche per esplorare storie traumatiche di maltrattamento nella popolazione psichiatrica favorisce l'emergere di una richiesta di aiuto (58-60) per affrontare ed elaborare la storia del trauma. In particolare, il riconoscimento di abusi sessuali in epoca infantile favorisce la prevenzione delle condotte auto-lesive (62,63);
- il rilevamento dei traumi sottostanti i quadri psicopatologici costituisce un importante fattore per individuare adeguati progetti di cura e formulare invii appropriati a centri specializzati (64);
- individuare il trauma alla base di numerose condizioni psicopatologiche fornisce al clinico preziose informazioni per un'efficace gestione di tali condizioni, consentendo il trattamento delle cause eziologiche piuttosto che la sola cura degli aspetti sintomatologici (65-72).

Svantaggi

Una diagnosi che non tenga conto di eventuali conseguenze post-traumatiche in pazienti con gravi malattie mentali:

- influenza complessivamente la gestione della malattia e ha effetti negativi sulla vulnerabilità del paziente aumentando l'esposizione a rischi ambientali (73);
- conduce a un aggravamento della psicopatologia e a un aumento del ricorso a ricoveri prolungati (63,66);
- contribuisce alla stigmatizzazione e all'isolamento sociale del paziente (74-79);
- incide negativamente sull'appropriatezza e sull'accesso alle cure;
- aumenta il rischio di recidiva e il ricorso a dosi eccessive di farmaci (2).

La scarsa rilevanza delle esperienze traumatiche negli ambienti psichiatrici è attribuibile a due fattori: 1. mancata rivelazione da parte del paziente e 2. mancato riconoscimento da parte della vittima e del clinico (80-83).

1. Il paziente non disvela la storia traumatica per vari motivi:

- preoccupazioni sulla propria incolumità e sicurezza personale (paura di ricevere ritorsioni da parte del perpetratore, mancanza di valide alternative e di risorse, timore di perdere relazioni importanti);
- paura dello stigma: non essere creduta/o, di apparire sessualmente deviante, omosessuale, abusante;
- vissuti di colpa e vergogna che determinano una generale condizione di isolamento;
- difficoltà mnestiche nel recuperare gli eventi traumatici;
- mancanza di fiducia verso il servizio/il clinico (84,85);
- normalizzazione delle esperienze maltrattanti (per es., concepire le violenze ricevute come normali pratiche educative);
- funzionamento psichico dissociato (tra esperienze traumatiche, sintomi, pensieri, comportamenti ed emozioni);
- desiderio di dimenticare le esperienze traumatiche;
- incapacità di verbalizzare e riconoscere il maltrattamento;
- atteggiamento mentale: molti pazienti e molti clinici concepiscono i sintomi come prodotti della "malattia mentale" piuttosto che come reazioni adattive a eventi traumatici (86).

2. Il mancato riconoscimento delle esperienze traumatiche nella storia del paziente ha molteplici cause:

- l'inchiesta sul trauma non rientra nelle abituali procedure diagnostiche (70,84,87);

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

- mancanza di formazione, incertezza professionale su come affrontare la rivelazione di un trauma (55);
- timore che esplorare il trauma possa aggravare la patologia del paziente (58,59,71-74);
- consapevolezza sulla scarsità di risorse professionali disponibili;
- disagio, imbarazzo del clinico ad affrontare temi sessuali o più in generale la violenza;
- la rivelazione del paziente riattiva nel clinico ricordi di esperienze sfavorevoli personali (81);
- considerare inaffidabili le rivelazioni dei pazienti con gravi malattie mentali, nonostante la ricerca dimostri il contrario (79);
- assenza di linee-guida per la diagnosi e il trattamento (63,86-88);
- limiti imposti dall'obbligo di segnalazione della violenza all'Autorità Giudiziaria (78,82);
- scarsa efficacia dimostrata dalla terapia farmacologica nel trattamento del PTSD (59).

Le fasi del processo diagnostico

L'esplorazione della storia traumatica è un processo che si sviluppa nel tempo e per fasi. I vissuti d'impotenza, associati a precedenti esperienze di vittimizzazione, richiedono che il paziente debba mantenere il controllo sul ritmo e sui contenuti dell'intero processo e che la relazione terapeutica sia percepita come stabile e protettiva. Un primo livello consiste nel formulare, al momento opportuno, domande volte a esplorare specifiche esperienze traumatiche: una storia di abuso sessuale, fisico o psicologico, improvvise e importanti perdite affettive, condizioni di isolamento, costrizioni o traumi prodotti da precedenti trattamenti psichiatrici. Il livello successivo consiste nell'esplorare più approfonditamente la natura e la gravità degli eventi traumatici, le loro conseguenze sulla salute fisica e mentale, l'attuale sintomatologia trauma-correlata.

I clinici hanno la responsabilità di aiutare e sostenere il paziente durante tutto il percorso di disvelamento:

- garantendo la massima chiarezza nella formulazione delle domande, assumendo un atteggiamento rispettoso e comprensivo;
- esplicitando in modo comprensibile i motivi dell'inchiesta. Per es., "sappiamo che molte persone seguite dal nostro servizio sono state vittime di maltrattamenti fisici, psicologici, sessuali nel corso della loro vita. Poiché tali esperienze hanno conseguenze importanti sulla salute fisica e mentale, chiediamo a tutti se sia mai capitata loro una violenza di questo tipo";
- rispettando la decisione del paziente di non rispondere alle domande. Per es., "mi faccia capire quando preferisce non rispondere a qualche domanda" (60);
- qualora siano rivelati spontaneamente eventi di natura traumatica è importante: esplorare l'epoca in cui sono avvenuti; verificare la presenza di pericoli attuali nell'ambiente di vita.

Fase 1

- Predisporre un ambiente terapeutico strutturato, volto a garantire sicurezza e stabilità al paziente;
- collegare le esperienze traumatiche con gli aspetti sintomatologici attuali evitando approfondimenti invasivi;
- fornire spiegazioni sugli effetti del trauma nello sviluppo e sull'assetto di personalità, sui meccanismi difensivi e i deficit trauma-correlati.

Fase 2

- Approfondire le esperienze traumatiche, l'assetto sintomatologico e le capacità di regolazione delle funzioni psichiche con strumenti diagnostici standardizzati e replicabili;
- introdurre al paziente la prospettiva che i sintomi e i meccanismi difensivi, da intendersi come comprensibili reazioni al trauma, possono trasformarsi in un persistente funzionamento post-traumatico.

Fase 3

- Monitorare periodicamente i punti di forza e le risorse del paziente e del suo ambiente di vita, la sintomatologia e le funzioni regolative dei processi psichici (59).

Diagnosi del trauma

L'obiettivo primario della diagnosi non consiste tanto nel giungere a un inquadramento diagnostico, quanto piuttosto nel comprendere e condividere con il paziente il ruolo giocato dal trauma nel plasmare la sua vita.

Al fine di evitare errori diagnostici, è raccomandabile mantenere un atteggiamento di dubbio circa la diagnosi formulata nei casi in cui:

- sia assente una familiarità dei disturbi mentali e in particolare di psicosi nella storia del paziente;
- l'età di esordio e i sintomi siano atipici;
- la storia clinica rilevi aspetti tipici del PTSD (per es., senso di colpa eccessivo, forme inedite di "allucinazioni", comportamenti auto-lesivi);

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

- la risposta al trattamento sia insoddisfacente e difficilmente spiegabile (78).

La diagnosi dovrebbe svilupparsi da un approccio globale alla persona volto a rilevare non solo le fragilità, ma anche i punti di forza e le risorse personali, le risposte ricevute dall'ambiente (60).

Gli strumenti diagnostici

Gli strumenti diagnostici variano in relazione alle loro caratteristiche specifiche, all'affidabilità e all'utilità clinica. È raccomandabile ricorrere a una pluralità di tecniche e metodi (85): colloquio clinico, interviste strutturare e semi-strutturate. I questionari self-report costituiscono un metodo accurato e affidabile per valutare i pazienti con storie di traumi, affetti da gravi patologie mentali come schizofrenia, psicosi, disturbo borderline e bipolare di personalità (1,2,6,12,14).

Gli strumenti di screening convalidati dal NCTSN (The National Child Traumatic Stress Network Task Force: http://www.nctsnet.org) oltre che dal SAMSHA ora in uso nei servizi di salute mentale sono i seguenti (88-90):

– Adulti:
Trauma Assessment for Adults (TAA), Trauma Assessment for Adults: Brief Revised Version (TAA) (86,91);
PTSD Checklist for Adults (PCL) (92);
Brief Trauma History Questionnaire (THQ) (93,94);
Traumatic Events Screening Inventory (TESI) (95);
Life Stressor Checklist-Revised (LSC-R) (96);
Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) (97);
Trauma Experiences Checklist (TEC) (98);
Sexual Abuse Exposure Questionnaire (SAEQ) (99);
Revised Conflict Tactics Scale (CTS2) (100).

– Bambini-Adolescenti-Genitori:
Childhood Trauma Questionnaire (101);
Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) (102);
UCLA PTSD Reaction Index for Children (103);
Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C) (104);
PTSD Checklist for Parents (PCL-C/PR) (105);
Child Behavioral Checklist (CBCL) (38);
Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) (106);
Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) (107,108);
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL) (109);
Parenting Stress Index Short Form (PSI) (40).

BIBLIOGRAFIA

1. Caretti V, Craparo G (a cura di). Trauma e psicopatologia, un approccio evolutivo-relazionale. Roma: Astrolabio, 2008.
2. Courtis CA, Ford JD. Treating Complex traumatic stress disorders. An Evidence-Based Guide. New York: The Guilford Press, 2009.
3. Cook A, Blaustein M, Spinazzola J, van der Kolk B. Complex trauma in children and adolescents. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network, 2003.
4. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. Child Abuse Negl 2001; 25: 1627-40.
5. Cohen JA, Mannarino AP, Berliner L, Deblinger E. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: an empirical update. J Interpers Violence 2000; 5: 1202- 23.
6. Putnam F. Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. Child Abuse Negl 1993; 17: 39-45.
7. Finkelhor D, Kendall-Tackett KA. A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse, and violent victimization. In: Cicchetti D, Toth S (eds). Symposium on developmental psychopathology and developmental perspectives on trauma. New York: University of Rochester Press, 1997.
8. Briere J, Spinazzola J. Assessment of the sequelae of complex trauma: evidence-based measures. In: Courtis CA, Ford JD (eds). Treating complex traumatic stress disorders. An evidence-based guide. New York: The Guilford Press, 2009.
9. The National Association of State Mental Health Program Directors. Visitabile al seguente indirizzo web: http://www.nasmhpd.org
10. Montecchi F. Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento. Roma: Franco Angeli, 2007.
11. Felitti VJ, Center for Disease Control and Prevention. Visitabile al seguente indirizzo web: www.CDC.gov
12. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1989; 146: 490-95 .
13. Yehuda R, Spertus IL, Golier JA. Relationship between childhood traumatic experiences and PTSD in adults. In: Eth S (ed). PTSD in children and adolescents. Washington DC: Psychiatric Services, 2001.
14. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, affect dysregulation & somatization. Am J Psychiatry 1996; 153: 83-93.
15. Cicchetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 541-65.
16. Pelcovitz D, van der Kolk B, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P. Development of a criteria set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). J Traum Stress 1997; 10: 3-16.
17. Bifulco A, Brown GW, Lillie A, Jarvis J. Memories of childhood neglect and abuse. Corroboration in a series of sisters. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38: 365-74.
18. Brown D. Assessment of attachment and abuse history and adult attachment style. In: Courtis CA, Ford JD (eds). Treating complex traumatic stress disorders. An evidence-based guide. New York: The Guilford Press, 2009.
19. Kagan J. Surprise, Uncertainty, and Mental Structures. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2003.
20. Siegel DJ. La mente relazionale. Milano: Raffaello Cortina, 2004.
21. van der Kolk BA, MC Farlen AC, Weisaeth L (a cura di). Stress traumatico. Roma: Ma.Gi, 2004.
22. Benes FM, Turtle M, Khan Y. Myelination of a key relay zone in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence, and adulthood. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 477-84.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

23. Stein MB. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. Psychol Med 2002; 27: 951-59.
24. Beeghly M, Cicchetti D. Child maltreatment, attachment, and the self system: emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. Dev Psychopathol 1994; 6: 5-30.
25. Putnam FW. Ten-year research update review: child sexual abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 43: 269-78.
26. Steinberg M, Schnall M. La dissociazione. Milano: Raffaello Cortina, 2006.
27. Putnam FW. Dissociation in children and adolescents: a developmental perspective. New York: The Guilford Press, 1997.
28. Crittenden P. Dangerous behavior and dangerous contexts: a 35-year perspective on research on the developmental effects of child physical abuse. In: Trickett P, Schellenbach C (eds). Violence against children in the family and the community. Washington DC: American Psychological Association, 1998.
29. Herman JL. Guarire dal trauma. Roma: Ma.Gi, 2005.
30. Ford JD. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. Child Maltreat 2000; 5: 205-17.
31. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc 2006; 256: 174-86.
32. Malacrea M. Trauma e riparazione. La cura dell'abuso all'infanzia. Milano: Raffaello Cortina, 1998.
33. Egeland BR, Carlson E, Sroufe LA. Resilience as process. Dev Psychopathol 993; 5: 517-28.
34. Shonk SM, Cicchetti D. Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. Dev Psychol 2001; 37: 3-17.
35. Schneider-Rosen K, Cicchetti D. Early self-knowledge and emotional development: visual self-recognition and affective reactions to mirror self-image in maltreated and non- maltreated toddlers. Dev Psychol 1991; 27: 471-78.
36. Di Blasio P. Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali. Milano: Unicopli, 2005.
37. De Zulueta F. Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività. Milano: Raffaello Cortina, 1999.
38. Achenbach TM. Manual for the child behavior checklist profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991 (Trad. It. a cura di Frigerio A. Associazione La Nostra Famiglia, Bosisio Parini, Lecco, 2001).
39. Putnam FW. La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva. Roma: Astrolabio, 2005.
40. Guarino A, Di Blasio P, D'Alessio M, Camisasca E, Serantoni G.. Parenting stress index short form. Firenze: Organizzazioni Speciali, 2008.
41. van der Kolk BA, van der Hart O, Marmar C. Dissociation and information processing in PTSD. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds). Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: The Guilford Press, 1996.
42. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, 2000.
43. van der Kolk BA. Il disturbo traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi relazionale per bambini cronicamente traumatizzati. In: Caretti V, Craparo G (a cura di). Trauma e psicopatologia, un approccio evolutivo-relazionale. Roma: Astrolabio, 2008.
44. Felitti VJ. The relation between adverse childhood experiences and adult health. Turning gold into lead. Psychosom Med Psychoter 2002; 48: 359-69.
45. Dong M, Anda RF, Dube SR, Giles WH, Felitti VJ. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. Child Abuse Negl 2003; 26: 625-39.
46. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the adverse childhood experiences study. J Am Med 2001; 286: 3089-96.
47. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse childhood experiences and personal alcoholic abuse as an adult. Addic Behav 2002; 25: 713-25.
48. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg DF, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experience (ACE) study. Am J Prev Med 1988; 14: 245-58.
49. Beck JC, van der Kolk BA. Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. Am J Psychiatry 1987; 144: 1474-76.
50. Mueser KT, Salyers MP, Rosenberg SD, Ford JD, Fox L, Carty P. A psychometric evaluation of trauma and PTSD assessment in person with severe mental illness. Psych Ass 2001; 13: 110-17.
51. Dati di attività del New York State Office of Mental Health Trauma Iniziative, reperibili al seguente indirizzo web: www.NYSOMH.org
52. Harris M, Fallot RD. Using trauma theory to design service systems: new directions for mental health services. New York: Yossey-Bass, 2001.
53. Briere J, Elliott DM. Prevalence and symptomatic sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. Child Abuse Negl Intern J 2003; 27: 1205-22.
54. Goodman LA, Thompson KM, Weinfurt K, et al. Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. J Traum Stress 1999; 12: 587-99.
55. Gallop R, McKeever P, Toner B, Lancee W, Lueck M. Inquiring about childhood sexual abuse as part of the nursing history: opinions of abused and non abused nurses. Arch Psychiatr Nurs 1995; 9: 146-51.
56. Bryer J. Child abuse trauma: theory and treatment of the last effects. Thousand Oaks CA: Sage Publications, 1992.
57. Dobb D. Female sexual abuse survivors as patients: avoiding retraumatization. Arch Psychiatr Nurs 1992; 6: 245-51.
58. Cuzack KJ, Frueh BC, Brady KT. Trauma history screening in a community mental health center. Psychiatr Serv 2004; 55: 157-62.
59. Lothian J, Read J. Asking about abuse during mental health assessments: clients' views and experiences. N Z J Psych 2002; 31: 98-03
60. Pennebaker JW, Kiecolt-Glaser JD, Glaser R. Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 239-45.
61. Felitti VJ. The origins of addiction: evidence from the adverse childhood experiences study. Versione in lingua inglese dell'articolo Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. Praxis der Kinderpsych Kinderpsychi 2003; 52: 547-59.
62. Whitfield CL, Due SR, Felsitic VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and hallucinations. Child Abuse Negl 2005; 29: 797-10.
63. Whitfield CL, Solberg J, Fink P. Exposing misinformation concerning child sexual abuse and adult survivors. J Child Sex Abuse 2001; 9: 1-8.
64. Zimmerman M, Mattia JI. Is posttraumatic stress disorder under-diagnosed in routine clinical settings? J Nerv Ment 999; 187: 420-28.
65. Wurr JC, Partridge IM. The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. Child Abuse Negl 1996; 20: 867-72.
66. Stewart SH. Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: a critical review. Psychol Bull 1996; 120: 83-12.
67. Drake RE, Mueser KT, Clark RE, Wallach MA. The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness. Am J Orthopsych 1996; 66: 42-51.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.118.227.69 Fri, 26 Apr 2024, 18:04:04

68. Cresswell CM, Kuipers L, Power MJ. Social networks and support in long-term psychiatric patients. Psychol Med 1992; 22: 1019-26.
69. Sher L. Posttraumatic stress disorder: the importance of recognition. Aust N Z J Psychiatry 2004; 38: 84.
70. Cuzack KJ, Frueh BC, Brady KT. Trauma history screening in a community mental health center. Psychiatr Serv 2004; 55: 157-62.
71. Tucker WM. How to include the trauma history in the diagnosis and treatment of psychiatric inpatients. Psychiatr Q 2002; 73: 135-45.
72. Hammersley R, Minkes J, Reid M, Oliver A, Genova A, Raynor P. Drug and alcoholic projects for young offenders. The evaluation of development fund project funded by the Youth Justice Board. London: Youth Justice Board, 2004.
73. Agar K, Read J. What happens when people disclose sexual or physical abuse to staff at a community mental health centre? Int J Mental Health Nurs 2002; 11: 70-9.
74. Rosenberg SD, Mueser KT, Jankowski MK, Hamblen JL. Trauma exposure and PTSD in people with severe mental illness. PTSD Research Quarterly 2002; 13: 1-7.
75. Harris WW, Putnam FW, Fairbank JA. Mobilizing trauma resources for children. Draft submitted for publication. Relazione presentata al Johnson and Johnson Pediatric Institute meeting: shaping the future of Children's Health, San Juan, Puerto Rico, February 12-16, 2004. Visitabile al seguente sito web: www.zerotothree.org/maltreatment
76. Mueser KT, Rosenberg SD, Goodman LA, Trumbetta SL. Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. Schizophr Res 2002; 53: 123-43.
77. Newman E. Assessment of PTSD and trauma exposure in adolescents. J Aggression Maltreat Trauma 2002; 6: 59-77.
78. Ford J. Evaluating trauma-related needs, service delivery and outcomes. Center for Women, Violence and Trauma, 2005. Reperibile al seguente indirizzo web: Women&ViolenceCenterDirector@abtassoc.com
79. Brewin CR. Believing what patients tell us. J Ment Health 1992; 1: 83-4.
80. Brown GR, Andersen B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. Am J Psychiatr, 1991; 148: 55-61.
81. Hammersley P. Learning to listen: childhood trauma and adult psychosis. Mental Health Practice 2004; 7: 18-21.
82. Wurr JC, Partridge. The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. Child Abuse Negl 1996; 20: 867-72.
83. Zimmerman M, Mattia JI. Is posttraumatic stress disorder under-diagnosed in routine clinical settings? J Nerv Ment Dis 1999; 187: 420-28.
84. Wilson J, Keane T. Assessing psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook (2nd ed.). New York: The Guilford Press, 2004.
85. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. J Trauma Stress 1993; 6: 459-73.
86. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS. Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. J Consult Clin Psychol 1993; 61: 984-91.
87. Read J, Fraser A. Abuse histories of psychiatric inpatients: To ask or not to ask? Psychiatr Serv 1988; 49: 355-59.
88. Read J, Agar K, Barker-Collo S, Davies E, Moskowitz A. Assessing suicidality in adults: integrating childhood trauma as a major risk factor. Prof Psychol 2001; 32: 367-72.
89. Rowan AB, Foy DB, Rodriguez N, Ryan S. Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adult sexually abused as children. Child Abuse Negl 1994; 18: 51-62.
90. McHugo GJ, Caspi Y, Kammerer N, et al. The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. J Behav Health Serv Res 2005; 32: 113-27.
91. Resnick HS, Falsetti SA, Kilpatrick DG, Freedy JR. Assessment of rape and other civilian trauma-related post-traumatic stress disorder: emphasis on assessment of potentially traumatic events. In: Miller TW (ed). Stressful life events. Madison: International Universities Press, 1996.
92. Weathers FW, Litz BT, Huska JA, Keane M. The PTSD Checklist (Military, Civilian, and Specific versions), 1994. Reperibile al seguente indirizzo web: http://www.ncptsd.org
93. Green BL. Trauma History Questionnaire. In: Stamm BH (ed). Measurement of stress, trauma, and adaptation. Lutherville, MD: Sidran Press, 1996.
94. Wolfe J, Kimmerling R, Brown PJ, Chreston KR, Lewin K. Trauma History Questionnaire (THQ) 1997. Lo strumento si può richiedere al seguente indirizzo: Bonnie L. Green PhD. Department of Psychiatry, Georgetown University Department of Psychiatry, 611 Kober Cogan Hall, Washington DC 20007.
95. Ford JD, Rogers K. Traumatic Events Screening Inventory. Empirically-based assessment of trauma and PTSD with children and adolescents. Relazione presentata al Congresso della International Society of Traumatic Stress Studies. Montreal 1997. Lo strumento, in lingua originale, è reperibile al seguente indirizzo web: www.ptsd.va.gov/professional/pages
96. Wolfe JW, Kimerling R, Brown PJ, Chrestman KR, Levin K. Psychometric review of The Life Stressor Checklist-Revised. In: Stamm BH.Measurement of Stress, Trauma, and Adaptation. Lutherville, MD: Sidran Press; 1996.
97. Foa EB. Posttraumatic Stress Diagnostic Scale. Manual Minneapolis, MN: National Computer Systems, 1995.
98. Nijenhuis ERS, van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. Clin Psychol Psychother 2002; 9: 200-10.
99. Ryan SW, Rodriguez N, Rowan A, Foy DW. Psychometric analysis of the Sexual Abuse Exposure Questionaire (SAEQ), in Proceedings of the 100th Annual Convention of the American Psychological Association. Washington DC, 1992.
100. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2). Durham: Family Research Laboratory, 1995.
101. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. A J Psychiatry 1994; 151: 1132-36.
102. Newman E. Assessment of PTSD and trauma exposure in adolescents. J Aggression Maltreat Trauma 2002; 6: 59-77.
103. Steinberg A, Brymer M, Decker K, Pynoos R. The UCLA PTSD Reaction Index. Curr Opin Psych 2004; 6: 96-100.
104. Briere J. Trauma symptom checklist for children. Trento: Erickson, 2011.
105. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behav Res Ther 1996; 34: 669-73.
106. Shaffer D, Fisher P, Piacentini JC, Schwab-Stone M, Wicks J. The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.1). Rockville, Md: National Institute of Mental Health, 1989. Lo strumento si può richiedere agli Autori al seguente indirizzo: Columbia NIMH DISC Training Center, Division of Child and Adolescent Psychiatry-Unit 78, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, New York, NY 10032.
107. Reich W, Shayka JJ, Taibleson C. Diagnostic Interview for children and Adolescents (DICA), St. Louis, MO: Washington University, 1991.
108. DICA-IV, Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV Wendy Reich, Zila Welner, Barbara Herjanic, http://www.mhs.com.
109. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children. Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Adolesc Psychiatry 1997; 36: 980-88.