

BONNICI F. (2013) Terapia di gruppo per i traumi

Il presente studio, tramite un'analisi della recente letteratura, è rivolto ad approfondire e a riflettere sull'efficacia della terapia di gruppo per i soggetti sopravvissuti ad abuso sessuale e, dunque, per i suoi principali destinatari come i soggetti con disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e le donne esposte a violenza domestica.

Parole chiave: *terapia di gruppo, abuso sessuale, PTSD, violenza domestica*

Successivamente alla liberazione sessuale della nostra società è emerso un quadro piuttosto raccapricciante: nel 1986 Russell ha analizzato un campione non clinico di 930 donne, scoprendo che il 38% di loro era stato abusato prima del 18esimo anno di età e che l'incidenza dell'abuso è quadruplicato dal 1909 al 1973 (Russell, 1986). In Italia, dalla ricerca A.S.P.E.R. del 1994, è emerso che il 10% della popolazione femminile e il 5,9% di quella maschile sarebbe stata oggetto di interazioni sessualizzate da parte di parenti stretti.

Gli studi, inoltre, suggeriscono che su 3 individui abusati almeno 1 è maschio (Finkelhor et al., 1990; Fritz et al., 1991). Grazie ai pioneristici studi di Watkins e Bentovim (1992), infatti, si sono potute confutare alcune ipotesi che affermavano una scarsa frequenza degli abusi subiti da uomini e si è aperto un discreto interesse per l'individuazione delle principali differenze di genere negli abusi sessuali. Gli uomini difficilmente accettano di entrare in terapia (Struve, 1990) e l'età di insorgenza dell'abuso varia da 1 a 17 anni, come per le donne ma, a differenza di quest'ultime in cui l'abuso viene perpetrato fino ai 37 anni, termina intorno ai 18 anni (Gold, Elhai, Lucenko e Swingle, 1998). Si evince, quindi, che la durata dell'abuso è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (Hunter, 1991; Kendall-Tackett e Simon, 1992). Le donne subiscono abusi più frequentemente da un familiare e, indipendentemente dal sesso della vittima, gli abusanti sono prevalentemente maschi (Gordon, 1990; Hunter, 1991).

Fergusson e collaboratori (2008) hanno rilevato che i soggetti con una storia di abuso sessuale hanno mostrato tassi di disturbo della salute mentale 2,4 volte superiore rispetto a coloro che non sono mai stati esposti a situazioni di abuso.

Caratteristiche della terapia di gruppo

I metodi della terapia di gruppo possono differire quanto a modelli teorici di intervento terapeutico ma, generalmente, hanno lo stesso set di caratteristiche chiave. Il gruppo è composto da soggetti con il medesimo vissuto traumatico ed è condizione necessaria lo svelamento e la validazione della propria esperienza. Successivamente il processo terapeutico prevede la normalizzazione delle risposte legate al trauma per il recupero delle funzionalità e la validazione dei comportamenti richiesti per sopravvivere durante il periodo del trauma stesso. Infine, altra caratteristica essenziale al funzionamento della terapia, è il superamento dell'idea che il terapeuta, in quanto non traumatizzato, sia inefficace. Questo passaggio è reso possibile tramite l'acquisizione della consapevolezza di potersi affidare a sopravvissuti alla stessa esperienza.

Al fine di creare un gruppo omogeneo e produttivo, è opportuno che i soggetti siano d'accordo alla partecipazione, agli obiettivi prefissati e disposti ad interagire in maniera adeguata con gli altri membri. Mentre, i principali criteri di esclusione dal gruppo, in quanto potrebbero ostacolare il trattamento, sono la presenza di gravi patologie, la dipendenza da sostanze e i comportamenti suicidari. Di fondamentale importanza è considerare le differenze etniche e culturali dei soggetti.

Inoltre, bisogna tener presente alcuni prerequisiti per il lavoro sul disturbo da stress estremo, ovvero la presenza di determinati sintomi psicologici, le condizioni stabili di vita e la volontà e/o abilità di tollerare emozioni intense. A tale scopo possono essere utilizzati alcuni strumenti di

valutazione standard: IES-R (Horowitz, Wilner e Alvarez, 1979), Symptom Checklist 90-Revised (Derogatis, 1983), Beck Depression Inventory (Beck, 1967), Trauma Symptom Checklist (Briere e Runtz, 1989).

Possiamo affermare che la terapia di gruppo si basa sulla **forza della storia personale**, per cui si trasformano la sequenza di eventi e le reazioni nell'esperienza traumatica in parole, in modo tale da poterla comunicare agli altri membri coinvolgendoli e sul **potere del supporto**, che permette di ascoltare le esperienze altrui senza giudicare.

L'appartenenza al medesimo gruppo terapeutico permette ai singoli individui di affrontare, principalmente, le conseguenze dell'essere vittima e quindi di opporsi all'isolamento, all'alienazione e al congelamento dei sentimenti. Prima di raggiungere i suddetti risultati, è necessario che il terapeuta riconosca le eventuali difese messe in atto dai partecipanti al gruppo. I meccanismi difensivi più diffusi riguardano la passività, il silenzio, la fuga dissociativa (la persona non riesce o evita di ricordare il proprio passato e si mostra confuso circa la propria identità), l'annichilimento (crollo di ogni spinta interiore che motivi alla fiducia), l'auto-etero denigrazione, la minimizzazione degli eventi e dei sentimenti ad essi associati e la difficoltà a riconoscere ed empatizzare con le sofferenze altrui.

Tappa fondamentale per ridurre le difese è il riconoscimento dell' *imbroglio* messo in atto dall'abusante e la comprensione delle strategie di adattamento all'abuso. Una delle componenti più diffuse dell'abuso è, infatti, lo sforzo attivo compiuto dall'adulto per mantenere, attraverso l'intimidazione, la minaccia o l'illusione di un "vantaggio secondario", un rapporto di soggezione e controllo.

Principali tecniche utilizzate all'interno della terapia di gruppo

La terapia di gruppo per soggetti traumatizzati si avvale di diversi strumenti intesi, soprattutto, a ridurre l'ansia associata al trauma e a fornire ulteriori abilità con cui affrontare con successo future manifestazioni dei sintomi. Come si può intuire, l'approccio più utilizzato, in quanto si è tradizionalmente dedicato allo sviluppo di tali mezzi, è quello Cognitivo-Comportamentale (Rothbaum, Meadows, Resick e Foy, 2000).

Infatti, le tecniche più utilizzate nei gruppi di soggetti vittime di un trauma sono l'esposizione prolungata sistemica, la tecnica di ricostruzione cognitiva per l'analisi dell'esperienza traumatica e l'utilizzo di materiale psicoeducativo. Più precisamente viene insegnato al paziente come esplorare il territorio, esponendolo gradualmente a tutte le situazioni ansiogene precedentemente individuate. L'intervento cognitivo consiste nella valutazione delle regole di funzionamento interno e di lettura delle emozioni per riuscire a mettere in discussione le credenze disfunzionali e i meccanismi di controllo. Infine si assegnano al soggetto precisi compiti, come l'auto-osservazione, per installare le risorse positive apprese durante i colloqui.

Ovviamente questa è una sommaria spiegazione di uno dei processi terapeutici più utilizzati nei casi di abuso o altro trauma. Altre tecniche utilizzate, simili tra loro ma con una predilezione per aspetti specifici, sono: *l'addestramento assertivo* (sviluppare la capacità di esprimere le proprie opinioni e i propri vissuti emotivi ed allo stesso tempo riuscire a risolvere positivamente le situazioni e i problemi), *la gestione delle emozioni* (familiarizzare con le proprie emozioni e integrarle con la ragione), *la stress inoculation* (accurata analisi dell'esperienza del soggetto esaminando le sollecitazioni ambientali, le reazioni comportamentali ed emotive e il processo cognitivo di percezione e valutazione di esse), *le strategie di coping* (focalizzare la propria attenzione sulle modalità pratiche di risoluzione dei problemi), *l'EMDR* (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari).

All'interno della terapia Cognitivo-Comportamentale di gruppo vi sono tre modelli dominanti: la Teoria Emozionale (Foa e Rothbaum, 1998), la Teoria della Rappresentazione Duale (Brewin, Dalgleish e Joseph, 1996) e la Teoria Cognitiva (Ehlers e Clark, 2000).

Queste tre teorie concettualizzano i ricordi di eventi traumatici come distintamente differenti da altri ricordi.

La Teoria Emozionale afferma che alla base del disturbo Post-Traumatico vi è un persistente fallimento del sistema cognitivo nel risolvere la discrepanza tra la nuova informazione traumatica e i contenuti degli schemi preesistenti al trauma. L'approccio di Foa e Rothbaum prevede una serie di sedute con esposizione per immagini agli eventi traumatici e, successivamente, l'utilizzo di tecniche di esposizioni in vivo a stimoli associati all'evento traumatico, causa di sofferenza ma privi di pericolo. L'obiettivo è attivare la rete di paura (fear network) ed integrare nuove informazioni per indebolire le associazioni.

La Teoria della Rappresentazione Duale si basa sulla distinzione tra memoria esplicita e memoria implicita. Gli autori parlano di due sistemi fondamentali: il sistema VAM (Verbally Accessible Memory) che permette di recuperare le informazioni intenzionalmente e fornire una narrazione orale o scritta degli eventi accompagnata da valutazioni conscie, inclusa quella negativa e il sistema SAM (Situationally Accessible Memory) per cui le informazioni vengono innescate involontariamente attraverso rimandi situazionali, non sono disponibili ad essere ordinate progressivamente e sono fonte dei flashback. Il trattamento associato alla teoria della rappresentazione duale consiste nell'integrare coscientemente l'informazione verbalmente accessibile del VAM con le proprie concezioni e schemi del mondo e nell'attivare le informazioni della SAM attraverso l'esposizione a stimoli che possano ricordare l'evento.

Infine, la Teoria Cognitiva si riferisce al "circolo vizioso" che si instaura per l'interpretazione negativa durante e dopo un evento traumatico e che dà il via ad un disturbo post-traumatico cronico. L'analisi negativa sfocia in un senso di minaccia interna o esterna e, in tal senso, influisce anche uno stato mentale pre-trauma (sconfitta mentale) in cui l'individuo si sente incapace di intervenire sul proprio destino. Durante un trauma avverrebbero, così, due tipi di analisi che impattano sui ricordi traumatici risultanti: l'*analisi concettuale*, incentrata sul significato, sull'organizzazione e la concettualizzazione e l'*analisi guidata*, incentrata sulle informazioni sensoriali e fattore di rischio che ostacola il riaffiorare intenzionale dei ricordi e la loro integrazione nella narrazione autobiografica del soggetto. Per accedere a vie alternative di elaborazione e di immagazzinamento degli eventi traumatici, questa teoria suggerisce di rivolgersi alla scrittura in termini narrativi e alla ripetizione immaginativa (lavorare con la capacità umana di figurarsi nella mente, di concepire con la fantasia e di inventare una realtà interiore-immaginaria). Sembra che attraverso il lavoro immaginativo si possa attivare quel canale visuale che è contaminato dalle intrusioni dei ricordi (Boos, 2004).

Ad ogni modo, le tre teorie hanno altrettanti fattori comuni, ovvero la costruzione di una narrazione verbale del trauma, l'intenzione di modificare la valutazione negativa e attivare i ricordi accessibili sensorialmente e situazionalmente.

Un altro modello di intervento, chiamato Trauma - Focus Group Therapy (TFGT; Foy et al., 2000), prevede una sessione individuale e preliminare per spiegare a tutti i membri le regole del lavoro di gruppo: frequenza costante, tono positivo nel dare feedback, riservatezza sull'identità e sulle informazioni discusse dai membri, presenza di 2 facilitatori e 6 pazienti, svolgere attentamente i compiti assegnati per casa, rispettare l'organizzazione degli incontri (una volta al mese per 5 mesi).

Il modello in questione è suddiviso in 4 sessioni: *la sessione introduttiva* che ha una durata di 90 minuti, *la sessione incentrata sul trauma* di 120 minuti, *la sessione sulla prevenzione delle ricadute* e *la sessione terminale*, entrambe di 90 minuti.

Durante la sessione introduttiva, i terapeuti forniscono le informazioni in merito al processo di cura, sull'intensità del trattamento, insegnano a rinforzare le strategie di coping di base, preparano i membri all'analisi del trauma, stabiliscono regole chiare, introducono dati rilevanti sui partecipanti e sui facilitatori, costruiscono la coesione tra i membri e discutono sulle aspettative dei risultati. I soggetti del gruppo, dal canto loro, elaborano un inventario delle attuali abilità di coping, elencano i sintomi, forniscono le proprie autobiografie, descrivono temi chiavi come la risposta personale, dei

familiari e dei pari al trauma, il background culturale e religioso e identificano la scena traumatica collegandola alla sintomatologia attuale e alle proprie paure.

La sessione incentrata sul trauma è dedicata all'esposizione sistematica degli aspetti principali dell'evento traumatico e all'identificazione delle distorsioni cognitive che dovranno essere discusse con gli altri membri del gruppo. I partecipanti focalizzano le percezioni sensoriali, i pensieri e le reazioni emotive che hanno avuto luogo durante l'esperienza traumatica. Ad ogni partecipante verrà consegnata una registrazione della propria narrazione e gli viene chiesto di iniziare a casa un processo di auto-esposizione. L'obiettivo principale è ridurre le paure associate ai ricordi e migliorare l'autocontrollo, accompagnando emozioni negative di coping adattive in condizioni di ansia.

Nella fase successiva si pianificano le eventuali difficoltà dopo le dimissioni, si analizzano gli scenari individuali di rischio e le risposte positive acquisite. In questa sessione è fondamentale fare una continua pratica delle abilità di coping al fine di gestire la rabbia, integrare l'esperienza traumatica e prevenire le ricadute. A tale scopo si stila una sorta di contrattazione comportamentale, un vero e proprio impegno scritto nel mantenere determinate strategie di coping.

Infine, la sessione terminale è rivolta allo svezzamento graduale dei membri dalla loro dipendenza dal gruppo e ad affrontare le difficoltà che si incontreranno nel rispettare il loro contratto di riabilitazione.

Negli ultimi anni è stato sviluppato un modello di terapia che, visti gli alti tassi di abuso sessuale in età infantile (Chu e Dill, 1990), si propone come soluzione a breve termine dei maggiori sintomi post-traumatici: Cognitive Processing Therapy for Child Sexual Abuse Survivors (CPT-SA; Chard, Weaver e Resick, 1997).

Il CPT-SA prende spunto Cognitive Processing Therapy for Rape Victim (Resick e Schnicke, 1993) e si basa su 26 sessioni di 90 minuti ripartite in 17 settimane. La novità del trattamento consiste nell'integrare la terapia individuale (le prime 8 settimane e la 17esima) con la terapia di gruppo (9 settimane) e nell'aver introdotto l'analisi di quei sintomi specifici (*impatto sullo stadio di sviluppo, coping deficitario, bassa autostima e disfunzioni sessuali*) sviluppatasi in età adulta a causa dell'abuso sessuale subito.

Durante le prime tre settimane il lavoro si concentra sul fornire informazioni riguardanti i sintomi da PTSD, sull'identificazione delle relazioni positive e negative all'interno del proprio ambiente, sull'esame delle dinamiche familiari e del ruolo all'interno di esse e, molto importante, sulla stesura dei pensieri a proposito dell'impatto che l'abuso ha avuto su se stessi, sugli altri e sul mondo, in particolar modo, in relazione alla sicurezza, alla fiducia, al potere/controllo, l'autostima e l'intimità.

Nelle tre settimane successive si chiede ai pazienti di scrivere i due/tre ricordi più dolorosi di abuso, indicando quale di questi provoca i maggiori flashback, leggerli al terapeuta e arricchirli con il maggior numero di dettagli possibili.

Dalla settima alla nona settimana si prosegue l'esame dei ricordi e si analizzano i modelli di pensiero disfunzionali. In questa fase viene utilizzato, tra gli altri strumenti, un questionario (Disruptive Thinking Patterns) che pone 12 domande su ogni pensiero distorto (per es. "quali sono le prove a favore e contro questa idea?", "in che modo si potrebbe pensare in termini di certezza piuttosto che di probabilità?").

Dalla decima alla sedicesima settimana si cerca di smontare le varie credenze per ognuna delle aree indagate dal CPT-SA: sicurezza, fiducia, potere, stima e intimità. I pazienti, dopo aver letto un volantino sulle possibili cognizioni maladattive associate ad ogni tema, compilano un foglio (Challenging Belief Worksheet) in cui descrivono come le esperienze passate hanno plasmato le proprie idee. Questo lavoro viene ripetuto e approfondito più volte.

Nella settimana finale i membri del gruppo ridiscutono delle sensazioni associate all'abuso, rielaborano quanto appreso durante il corso dell'intervento e affrontano le aree problematiche future attraverso l'uso delle tecniche acquisite.

Analisi della letteratura

Il primo studio ad aver introdotto un gruppo di controllo per valutare l'efficacia della terapia di gruppo venne condotto da Alexander, Neimeyer, Follette, Moore e Harter (1989). Quest'ultimi hanno analizzato un campione di 65 donne abusate sessualmente dal padre, patrigno o da un parente prossimo, in tre condizioni di trattamento: 10 settimane di analisi transazionale, 10 settimane di terapia di gruppo e in lista d'attesa. I soggetti sono stati valutati sia pre-trattamento che post-trattamento e, se assegnati al gruppo, dopo sei mesi dall'intervento. I risultati hanno dimostrato che sia l'AT che la terapia di gruppo sono decisamente efficaci nel ridurre la depressione e i sintomi psichiatrici. Mentre i soggetti in lista d'attesa non hanno ottenuto risultati significativi. I cambiamenti, inoltre, sono stati mantenuti durante il periodo di follow-up e i soggetti appartenenti al gruppo hanno rivelato un netto miglioramento in merito alla regolazione sociale.

Da un'analisi condotta da Fischer, Winne e Ley (1993), basata su un campione di 54 donne abusate sessualmente e con diagnosi di depressione, è emerso che il trattamento in gruppo ha apportato un notevole aumento del livello di autostima in tutti i soggetti che hanno completato la terapia.

Molto interessante è l'indagine semi-sperimentale svolta da Richter, Snider e Gorey (1997), in cui un campione di 78 donne abusate sessualmente e suddiviso in 13 gruppi da 4-10 membri ciascuno è stato comparato ad un campione di 80 donne in lista d'attesa. Gli incontri avvenivano una volta a settimana per un'ora e mezza o due e sono terminati dopo 15 settimane. Ogni gruppo era condotto da 1-2 facilitatori che, periodicamente, stabilivano con i membri gli obiettivi individuali da raggiungere. La suddivisione in gruppi è stata fatta casualmente in modo da non permettere differenze significative dal punto di vista socioeconomico, demografico e delle caratteristiche dell'abuso. Il processo terapeutico non era rigidamente strutturato ed era previsto l'uso di materiale psicoeducativo, come poesie, racconti e fotografie personali. L'inizio di ogni sessione era dedicato all'espressione libera e alla narrazione della propria esperienza.

I risultati hanno mostrato, oltre ad una maggiore diminuzione del senso di colpa, di isolamento, di disperazione e di ideazione suicidaria e una maggiore fiducia nel futuro rispetto alle donne in lista d'attesa, un rafforzamento del sostegno sociale. Quest'ultimo dato è quello più sorprendente, infatti 7 gruppi su 13 hanno continuato ad incontrarsi anche dopo il trattamento e uno di essi ha mantenuto questo tipo di rapporto fino ai 10 anni successivi. L'analisi di follow-up ha evidenziato il mantenimento dei risultati anche 6 mesi-1 anno dopo la ricerca.

Il primo studio a dimostrare che la terapia di gruppo è un ottimo metodo per ridurre i sintomi dissociativi e da disturbo post-traumatico da stress nei casi di abuso sessuale, fu quello di Zlotnick e collaboratori (1997) che, a tal proposito, mise a confronto 16 donne in trattamento di gruppo con 17 donne in lista d'attesa.

Westbury e Tutty (1999) hanno valutato gli effetti della terapia di gruppo mettendo a confronto 22 donne inserite all'interno di un gruppo di trattamento ad orientamento femminista (Buzzell e Quigley, 1994) con 10 donne in lista d'attesa. Ogni gruppo, formato da 6-8 membri e 2 co-terapeuti, si è riunito 2 ore e mezza settimanali per 10-12 settimane. Per partecipare al gruppo era richiesta, come prerequisito, la frequentazione ad una terapia individuale per 6 mesi, incentrata su questioni di abuso sessuale infantile. Il modello della Psicoterapia Integrativa del Corpo (IBP) è un approccio olistico che considera gli aspetti cognitivi, emotivi, fisici e spirituali. Ogni sessione di gruppo inizia con un esercizio incentrato sul corpo che coinvolge la respirazione profonda e la concentrazione sulle sensazioni fisiche. Successivamente viene suggerito dai facilitatori un argomento da discutere con gli altri membri, per la comprensione dello stile e dei confini personali. Alla fine di ogni sessione si assegnano alcuni compiti da svolgere per la settimana successiva. Durante le prime 4 settimane ogni donna, dopo aver mostrato una foto d'infanzia al gruppo, rivela o legge un resoconto della propria esperienza. Alla fine di ogni racconto si riservano 20 minuti per ascoltare i vari feedback e per individuare delle somiglianze con le altre storie. Lo scopo è quello di creare un ambiente sicuro e strutturato, in cui ogni donna possa sentirsi ascoltata e creduta dalla

propria comunità di sostegno. Le sessioni finali sono dedicate alla scelta degli argomenti pertinenti (rabbia, autostima, sessualità, famiglia d'origine, assertività spiritualità, ecc.), i conduttori presentano del materiale didattico in base al tema scelto e utilizzano appropriati esercizi di brainstorming e visualizzazione. L'ultima sessione è rivolta ai temi di spiritualità e ai riti di chiusura.

I risultati del trattamento hanno mostrato, nelle donne che hanno partecipato al lavoro di gruppo, una significativa riduzione dei sintomi post-traumatici, dell'ansia e della depressione.

Lundqvist e Ojehagen (1999), a differenza delle precedenti ricerche, hanno svolto un'esplorazione a lungo termine (2 anni) sugli effetti della terapia di gruppo (22 donne con età media di 32 anni) e hanno dimostrato la capacità di quest'ultima di migliorare l'autostima, la qualità dell'interazione sociale e di ridurre i problemi di natura sessuale. Il 95% dei partecipanti ha dichiarato che suggerirebbe ad amici o parenti di intraprendere lo stesso percorso terapeutico.

Come abbiamo potuto notare, tutti gli studi hanno come target le donne, ma Wright, Moo, Muller, Fernandes e Kraftcheck (2002) hanno esaminato un campione composto da 113 donne e 19 uomini in trattamento ospedaliero e con diagnosi di disturbo post-traumatico da stress. Il trattamento, durato 6 settimane, si basava sulla formazione di diversi focus-group ai quali tutti i soggetti, rotando tra di loro, avrebbero dovuto partecipare. I risultati hanno evidenziato una notevole riduzione dei sintomi del disturbo, indifferentemente sia negli uomini che nelle donne, e il mantenimento dei risultati anche un anno dopo le dimissioni.

Considerazioni conclusive

Tramite una review di 13 studi sulla terapia di gruppo, Kessler, White e Nelson (2003) hanno osservato che la percentuale di drop-out si aggirava tra il 7 e il 35 %.

Le cause non possono essere individuate con chiarezza, ma le più ricorrenti sono: circostanze imprevedibili, la chiara volontà di lasciare il gruppo, l'ideazione suicidaria, l'uso incontrollato di alcol o droga, la manifestazione di attacchi psicotici, l'assenteismo (aver perso più di 3 incontri consecutivi) o l'intolleranza nei confronti della tecnica di esposizione prolungata a stimoli ansiogeni (Zayfert et al., 2000).

Inoltre, i membri potrebbero mostrare fenomeni di stress o crisi che interferirebbero con la propria abilità di focalizzarsi sul contenuto del gruppo.

Questo genere di problemi dovrebbero essere identificati durante il check-in, sia per tentare l'utilizzo di servizi aggiuntivi per il soggetto in questione, sia per rivedere le reazioni degli altri membri del gruppo. Individuare tali potenziali distrazioni è fondamentale per il progresso della terapia, in quanto potrebbero ostacolare il raggiungimento degli obiettivi e favorire l'evitamento.

Bisogna considerare che il lavoro sul trauma espone gli stessi clinici a possibili sofferenze, comportamenti aggressivi e stress. A questo proposito è estremamente utile la presenza di co-leader, i quali devono essere disposti a lavorare in gruppo, fornire supervisioni fra colleghi e feedback costruttivi per tutto il protocollo di trattamento.

Gli studi precedentemente elencati ci permettono di fare alcune riflessioni sui possibili sviluppi della terapia di gruppo: comparare l'efficacia dei gruppi composti da soggetti con un determinato trauma con quelli composti da generi misti, estendere il periodo di post-trattamento, comparare le varie durate dei gruppi (brevi o inferiori a 10 sessioni, estese o maggiori a 15 sessioni) e identificare i fattori individuali associati a risultati di trattamento differenti.

Bibliografia

- Alexander, P. C., Neimeyer, R. A., Follette, V. M., Moore, M. K., Harter, S. (1989). A comparison of group treatment of women sexually abused as children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 479-483.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual. (Terapia Cognitivo Comportamentale del trauma cronico)* Gottingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag.
- Brewin, C.R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual-representation theory of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychological Review*, 106, 670-686.
- Briere, J., Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33): early data in a new scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Buzzell, N., Quigley, P. (1994). *Sharing our stories: a handbook for group leader and adult survivors of childhood sexual abuse*. Unpublished manuscript.
- Chard, K. M. (1997). *Cognitive processing therapy for sexual abuse: a treatment manual*. Manuscript in preparation.
- Chu, J. A., Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am. Journal of Psychiatry*, 147 (7), 887-892.
- Derogatis, L. R. (1983). *Administration, scoring and procedure manual for Revised Version*. Baltimore (MD): Clinical Psychometric Research.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607-619.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 10, 411-411.
- Fischer, P. M., Winne, P. H., Ley, R. G. (1993). Group therapy for adult women survivors of child sexual abuse: differentiation of completers versus dropouts. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30, 616-624.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: A cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foy, D.W., Glynn, S.M., Schnurr, P.P., Jankowski, M.K., Wattenberg, M.S., Weiss, D.S., Marmar, C.R., & Gusman, F.D. (2000). Group therapy. In E. Foa, T. Keane, & M. Friedman (Eds.)

Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (pp 155-175; 336-338). New York: Guilford Press.

Fritz, G., Stoll, K., Wagner, N. (1981). A comparison of males and females who were sexually molested as children. *Journal of Sex and Marital Therapy*.

Gold, S. N., Hughes, D. M., Swingle, J. M. (1996). Characteristics of childhood sexual abuse among female survivors in therapy. *Child Abuse and Neglect*, 20, 323-335.

Gordon, M. (1990). Males and females as victims of childhood sexual abuse: an examination of the gender effect. *Journal of Family Violence*, 5, 321-332.

Horowitz, M., Alvarez, W., Wilner, N. J. (1979). Impact of events scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.

Hunter, J. A. (1991). A comparison of the psychosocial maladjustment of adult males and females sexually molested as children. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 486-493.

Kendall-Tackett, K. A., Simon, A. F. (1992). A comparison of the abuse experiences of male and female adults molested as children. *Child Abuse and Neglect*, 11, 237-245.

Kessler, M. R. H., White, M. B., & Nelson, B. S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1045-1061.

Lundqvist, G., Ojehagen, A. "Childhood sexual abuse. An evaluation of a two-year group therapy in adult women. *European Psychiatry*, 16 (1), 64-67.

Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Richter, N. L., Snider, E., Gorey, K. M. (1997). Group work intervention with female survivors of childhood sexual abuse. *Research on Social Work Practice*, 7, 53-69.

Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resick, P., & Foy, D.W. (2000). Cognitive-behavioral treatment position paper summary for the ISTSS Treatment Guidelines Committee. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 558-563.

Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.

A. S. P. E. R. (RICERCA) (1994). *Uscire dal silenzio. Gli abusi sessuali e l'incesto*.

Struve, J. (1990). Dancing with the patriarchy: the politics of sexual abuse. In M. Hunter (Ed.), *The sexually abused male. Vol. 1: prevalence, impact and treatment* (pp. 3-46). Lexington, MA: Lexington Books & D. C. Heath and Company.

Watkins, W. G., Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescent: a review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 197-248.

Westbury, E., Tutty, L. M. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23, 31-44.

Wright, D. C., Woo, W. L. (2000). Treating post-traumatic stress disorder in a therapeutic community. The experience of a Canadian psychiatric hospital. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic and Supportive Organization*. Special Issue: The Sanctuary Model, 21 (2), 105-118.

Zayfert, C., Becker, C. B., (2000). Implementation of empirically supported treatment for PTSD: obstacles and innovations. *The Behaviour Therapist*, 23, 161-168.

Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., Pearlstein (1997). An affect-management group for women with post-traumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 425-436.