

INDICATORI E SEGNI PSICOLOGICI

Cecilia Somigli, psicologa psicoterapeuta, Centro Tiamo Milano, 2014.

Nell'evidenziare l'importanza di valutare le variabili che concorrono a determinare l'impatto psicologico del trauma, non ci si può esimere dal ribadire come la diagnosi e la valutazione nei casi di abuso sessuale sui minori è tema spinoso e delicato.

Come affermato da Malacrea e Lorenzini (2002) *“la diagnosi è necessariamente un processo lungo e complesso, in cui comporre con rigore e capacità professionale i vari elementi raccolti”*. Le autrici, riprendendo la definizione di Friedrich (1990), parlano di *“diagnosi ecologica”*, cioè un processo diagnostico che integri più livelli:

1) la psicodiagnosi del bambino, che fornisce elementi del suo funzionamento psichico attraverso l'uso attento di test; 2) l'analisi del comportamento del bambino; 3) l'indagine sull'ambiente di vita del bambino e sulle dinamiche familiari, senza dimenticare le circostanze psicosociali sfavorevoli preesistenti e durature.

Altro elemento imprescindibile per comprendere il funzionamento psicologico e le reazioni delle piccole vittime di abuso sessuale è la conoscenza di come il cervello elabora ed interiorizza le esperienze traumatiche.

Negli anni le ricerche in tal senso si sono moltiplicate, fornendo ai clinici una gran quantità di riferimenti che hanno permesso di integrare le conoscenze prettamente psicologiche con la neurobiologia allargando in tal modo lo spettro delle conoscenze e quindi anche del trattamento, passando per una diagnosi più puntuale ed efficace.

In particolare viene confermato l'effetto neurobiologico del trauma; nello studio di Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D., Walker J. D., Whitfield C., Perry B. D., Dube S. R., Giles W. H. del 2006, gli autori, incrociando dati epidemiologici e neurobiologici, confermano come l'effetto del trauma sia pervasivo su tutto il funzionamento della persona. Gli autori, dopo una breve rassegna della neurobiologia del trauma infantile, hanno utilizzato lo Studio sulle Esperienze Sfavorevoli Infantili (ACE Study) come un "caso ad esempio" della convergenza tra prove epidemiologiche e neurobiologiche degli effetti del trauma infantile. L'ACE Study nasce da una collaborazione tra il Kaiser Permanent Health Appraisal Center (HAC), di San Diego (California) ed i Centri statunitensi per il Controllo delle Malattie e la Prevenzione. L'obiettivo dell'ACE Study è quello di valutare l'impatto delle numerose e interconnesse ESI su un'ampia varietà di comportamenti riguardo la salute e l'utilizzo dell'assistenza sanitaria. L'ACE Study ha incluso 17.337 soggetti adulti e valutato 8 esperienze sfavorevoli infantili (ACE), tra cui l'abuso, violenza assistita e gravi disfunzioni familiari. I risultati indicano che all'aumentare dell'ACE score ($P < 0,001$) aumenta gradualmente il rischio di avere conseguenze nell'area dell'affettività, nell'area somatica, dell'abuso di sostanze, della memoria, della sessualità e dell'aggressività. Il numero medio dei risultati di comorbidità è triplicato lungo tutta la gamma dell'ACE score. Gli autori quindi concludono come l'effetto sul cervello delle ESI sia una costante e determini un danneggiamento in molte strutture e funzioni del cervello. Forniscono quindi indicazioni rispetto al trattamento che non dovrà più solo concentrarsi sulle singole manifestazioni di disagio, ma dovrà prevedere un intervento globale sul trauma.

La presenza di manifestazioni sintomatologiche e patologiche invalidanti e

sopraffacenti come l'ansia e la depressione rischiano fuorviare l'intervento, infatti i clinici corrono il rischio di concentrarsi su queste manifestazioni tralasciando di andare a ricercarne l'origine che è il trauma. Il fatto che ci siano dei correlati fisiologici e neurobiologici riconoscibili e specifici della risposta al trauma permette quindi di non farsi fuorviare e di mettere a punto un sistema di trattamento più efficace poiché la tempestiva identificazione e il trattamento del PTSD possono aiutare a prevenire lo sviluppo di morbidità secondaria (Davidson J. R. T., Stein D. J., Shalev A. Y., Yehuda R., 2004).

Preziose indicazioni vengono anche dall'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) che nel dicembre del 2011 ha pubblicato le Linee Guida per la valutazione forense di bambini e adolescenti, fornendo chiare indicazioni rispetto alle differenze tra la valutazione in ambito forense e la valutazione in campo clinico e terapeutico, mettendo in guardia da facili commistioni o da impropri usi del materiale clinico.

LE AREE DA VALUTARE: I COMPORTAMENTI SINTOMATICI

Il ragionamento diagnostico non può prescindere dall'analisi dei comportamenti, sia quelli aspecifici (variazioni nel sonno, nell'alimentazione, nel controllo degli sfinteri, nell'umore) che specifici.

La diagnosi differenziale è basilare al fine di non curare sintomi che originano da cause diverse da quelle per le quali il paziente arriva alla cura (si vedano in proposito le raccomandazioni 3 e 5 delle Linee Guida per la valutazione e il trattamento di bambini e adolescenti con disturbo post traumatico da stress (AACAP, 2010).

I comportamenti sessualizzati

In particolare l'attenzione, anche a causa delle controversie nate intorno a questo argomento, si è concentrata sui comportamenti sessualizzati. Infatti negli ultimi anni, soprattutto in ambito forense, si è molto dibattuto sul fatto di poter interpretare la presenza di comportamenti sessualizzati in un bambino come indicatore specifico e certo di abuso sessuale. La sollecitazione ad una maggiore attenzione nell'interpretare tali comportamenti che viene dall'ambito forense ha spinto anche i clinici ad approfondire l'argomento, integrando la mera osservazione della presenza o meno di essi con una approfondita lettura delle sue origini e dell'impetto psicologico che ha sul bambino che li compie.

L'acceso dibattito presente rispetto alla valutazione in ambito forense dei comportamenti sessualizzati come indicatore specifico per fare diagnosi di abuso ha agitato la letteratura degli ultimi anni; Everson e Faller nel loro scritto del 2012 rispondono a chi nel dibattito internazionale si oppone al riconoscimento dei comportamenti sessualizzati come elementi fondamentali per il riconoscimento di un avvenuto abuso sessuale, replicando come invece essi siano ancora dei validissimi indicatori, ovviamente se presi in considerazione all'interno di un complesso ed articolato metodo di valutazione. Gli autori quindi evidenziano come il Comprehensive Forensic Evaluation (CFE) sia uno degli approcci più comunemente

approvato per valutare le accuse di abuso sessuale infantile, soprattutto nei casi complessi. In particolare evidenziano un sottotipo ampiamente usato di CFE, cioè un modello di buone prassi di valutazione forense che permette di rispondere alle molte critiche presenti nell'attuale pratica forense rispetto alle preoccupazioni circa l'uso di un comportamento sessualizzato come un possibile indicatore di abuso. Il modello di valutazione è stato denominato CHIC (così chiamato dalle quattro caratteristiche che lo definiscono: comprehensive, hypothesis-testing, idiographic, corroborative). Ma vediamo nel dettaglio. Comprehensive (globale, comprensivo): si riferisce al fatto che è necessario porre l'accento sulla raccolta di informazioni da una vasta gamma di fonti per il processo decisionale sul singolo caso. Oltre alle interviste con la presunta vittima, tali fonti includono i rapporti e le relazioni delle diverse istituzioni che sono venute a contatto con il caso, esami medici, interviste con tutti i principali caregivers e con altri adulti che hanno avuto contatti con il minore (ad esempio, insegnanti, assistenti sociali, educatori), i risultati dei questionari specifici (ad esempio il CSBI), completati da adulti che conoscono il bambino, test psicologici del minore presunta vittima.

Hypothesis-testing (test delle ipotesi): si riferisce a identificare e testare molteplici spiegazioni plausibili idealmente con l'obiettivo di determinare un'unica spiegazione partendo dalle prove disponibili. Questa metodologia guida quindi il processo di valutazione fornendo uno scopo e una direzione.

Idiographic (valutazione idiografica): integra la metodologia della verifica delle ipotesi e si basa sulla premessa che ogni caso è unico e può essere compreso solo attraverso l'analisi dei suoi elementi specifici. Una spiegazione idiografica degli elementi chiave prende tipicamente la forma di una narrazione descrittiva altamente individualizzata, la costruzione di un tale racconto specifico richiede ovviamente la raccolta, l'organizzazione e l'analisi delle informazioni da una varietà di fonti uniche al caso. Questa narrazione viene poi confrontata con le ipotesi e quella che più si avvicina è vista come più probabilmente valida.

Corroborative (che avvalora e corrobora): si riferisce all'ottenere verifiche indipendenti di prove sostanziali riguardo al caso. Fonti per tale verifica possono comprendere le relazioni delle istituzioni, i report di testimoni indipendenti o di soggetti non coinvolti direttamente.

Gli autori in questo scritto affermano che i comportamenti sessualizzati continuano ad essere un possibile indicatore di abuso sessuale, in particolare nelle valutazioni forensi che impiegano il modello completo CHIC. La metodologia alla base CHIC è infatti ben progettata per affrontare le minacce comuni per l'utilità diagnostica del comportamento sessualizzato nelle valutazioni di abuso sessuale. Tale metodologia aumenta anche la probabilità di una valutazione equilibrata che enfatizzi la riduzione sia di falsi positivi che di falsi negativi.

Se tante argomentazioni sono giunte dagli psicologi che esercitano nell'ambito forense in un'ottica spesso dicotomica "vero/falso" al fine di confermare o confutare la presenza di un abuso sessuale, i clinici hanno posto maggiore attenzione alla complessità di questi comportamenti. Gli studi di Miragoli S. (2005) e di Kellogg N. D. (2009) infatti evidenziano, la multifattorialità dell'origine di tali comportamenti, suggerendo quindi un'attenta valutazione degli stessi al fine di comporre il puzzle

diagnostico quando ci si trova in presenza di una presunta vittima di abuso sessuale. Miragoli, ribadendo come i comportamenti sessuali inadeguati spesso si associano ad esperienze traumatiche di natura sessuale, mette in guardia dal dare un'univoca interpretazione ricordando come essi possono derivare da altri fattori come abitudini familiari nei confronti della sessualità e eventi di vita stressanti e negativi. Lo studio di Kellog, pubblicato su una rivista per pediatri, fornisce indicazioni rispetto al riconoscimento dei comportamenti sessualizzati degni di attenzione, distinguendoli da quelli adeguati all'età. Una volta che i problemi di comportamento sessuale sono identificati, sollecita un'attenta valutazione anche del contesto familiare e dell'ambiente domestico che può chiarire le cause più profonde. Invita pertanto i pediatri, una volta riconosciuti tali comportamenti come indicatori di malessere, a rivolgersi ai servizi specializzati della salute pubblica.

Contestualmente sono stati avviati anche degli studi più specifici sulla fascia d'età 3-5 anni, fino ad oggi poco studiata. In particolare Silovsky J. F., Niec L. (2005) nel loro studio pilota hanno preso in considerazione 37 bambini piccoli con problemi di condotta sessuale. Sono emersi significativi problemi emotivi e di comportamento e alti livelli di stress nella cura di questi bambini da parte dei caregivers. Diversamente dai risultati emersi in campioni in età scolare, in questo studio sono risultate le bambine (65%) rispetto ai bambini (35%) con maggiori problemi di condotta sessuale. Il 62% del campione presentava una storia accertata di abuso sessuale, il 47% aveva subito maltrattamento fisico e il 58% violenza assistita; solo l'11% non aveva una storia accertata di abuso sessuale, maltrattamento fisico e o violenza domestica. Gli autori sollecitano ulteriori studi che prendano in considerazione la specifica fase di sviluppo dei bambini con disturbi della condotta sessuale.

Anche gli studi, portati avanti soprattutto in Gran Bretagna, sui minorenni autori di abusi sessuali in danno di altri minori, sia all'interno della famiglia che nei confronti di estranei, hanno fornito delle letture interessanti rispetto a come gli agiti abusanti possono essere interpretati come una evoluzione patologica e una forma estrema di comportamenti sessualizzati (Hawkes C., 2011 e Yates P., Allardyce S., MacQueen S. 2012).

Le manifestazioni da PTSD e gli studi sull'ADHD

La pubblicazione della nuova edizione del DSM nel maggio del 2013 ha apportato delle sostanziali modifiche dei criteri necessari per poter fare diagnosi di PTSD, che passa dalla categoria dei Disturbi d'Ansia a quella dei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti e comprende quei disturbi in cui l'esposizione a un evento stressante o a un trauma è esplicitamente considerata come criterio diagnostico. Inoltre, rispetto alle precedenti edizioni, nel criterio A del DSM-5 è diventata più esplicita la definizione di ciò che può essere considerato come evento traumatico ed è stata inclusa anche la violenza sessuale; è stato poi eliminato il criterio A2 (relativo alla risposta iniziale e soggettiva all'evento) perché considerato poco utile in termini di accuratezza diagnostica e di predittività dell'insorgenza del disturbo. Il criterio A, inoltre, si applica ad adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni.

Un punto in merito alle manifestazioni da PTSD molto esplorato negli ultimi anni è

stata la correlazione (importante in ottica di diagnosi differenziale) con la Sindrome da Deficit di Attenzione con Iperattività (Attention Deficit Hyperactivity Disorder ADHD).

Gli studi si sono concentrati in due direzioni: 1) partendo da un'ottica in cui bambini con diagnosi di ADHD sviluppano sintomi e manifestazioni da PTSD. Biederman J., Petty C. R., Spencer T. J., Woodworth K. Y., Bhide P., Zhu J., Faraone S. V. nel loro lavoro del 2013 ipotizzano che essere affetti da ADHD porti ad una serie di effetti post traumatici che aggravano la condizione pre esistente; rilevano come i bambini che manifestano sia ADHD che PTSD siano più sofferenti, con un'insorgenza successiva del PTSD che va quindi ad incrementare il malessere. 2) Sonnby K., Aslund C., Leppert J., Nilsson K. W. (2011) invece, attraverso uno studio retrospettivo hanno rilevato che molti soggetti affetti da ADHD e depressione riferiscono di aver subito nell'infanzia abusi sessuali, in prevalenza femmine. Questa rilevazione spinge gli autori a dare suggerimenti in merito alla direzione da dare al trattamento ponendo attenzione sugli eventi traumatici che hanno prodotto, o comunque concorso a produrre, le successive manifestazioni patologiche. Orientando in tal senso il trattamento, la cura e la guarigione risulteranno più efficaci.

La dissociazione

Come ormai tutta la letteratura internazionale ha appurato, la dissociazione e' una delle possibili risposte al trauma. Gli studi in tal senso sono numerosissimi, ma negli ultimi anni si sono distinti per approfondimento delle complessità della questione gli scritti di Onno Van Der Hart che nel 2006, insieme a Ellert Nijenhuis, Khat e Steel, ha pubblicato *Fantasma del Se'*. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale. In questo libro gli autori evidenziano come i traumi prolungati e complessi portano alla dissociazione o scissione o frammentazione del senso unitario e integrato del Se' in vari Se' o parti. Differenziano e danno nome a queste parti: Personalità apparentemente normale, pressoché sempre esistente che e' socialmente funzionante; Personalità emozionale (o post traumatica propriamente detta) che e' condizionata da diverse paure: riguardo il possibile ritorno del ricordo traumatico che viene quindi confinato in un cassetto ben chiuso, riguardo l'attaccamento poiché i traumi infantili sono pressoché sempre legati al tradimenti di una figura di attaccamento, riguardo la possibilità di vivere una vita normale a causa dell'assuefazione all'intensità della vita post traumatica. A seconda dell'intensità del trauma subito il numero delle parti aumenta e gli autori parlano di dissociazione primaria, secondaria, terziaria fino ad arrivare al vero e proprio disturbo dissociativo dell'identità.

Anche in questo caso l'importanza di questo scritto risiede nella possibilità di fare una diagnosi differenziale che permetta un trattamento mirato non sul sintomo, ma sull'origine che ha fatto sviluppare quel tipo di personalità patologica e quei sintomi specifici. Curare un individuo gravemente dissociato come fosse un paziente affetto da patologia psichiatrica renderebbe vano il trattamento, lasciando il paziente nel suo malessere. La raccolta della storia del paziente e la ricerca di possibili eventi traumatici che possano aver portato la persona a strutturare uno stile di funzionamento gravemente disfunzionale e' la via maestra che va sempre seguita nella valutazione.

Nel successivo testo del 2011 Van Der Hart, Steele e Boon, dopo aver descritto le caratteristiche dei disturbi dissociativi, si concentrano sul trattamento e sulla gestione pratica dei sintomi e dei problemi connessi a tali patologie, fornendo alla fine di ogni capitolo delle schede che accompagnano i pazienti nel compito di riconoscere i propri sintomi, i comportamenti e le strategie adottate per fare fronte alle situazioni.

Anche i lavori di Albasi (2006) e Liotti e Farina (2011) pongono l'accento sulla necessità di considerare la dimensione dissociativa nella costituzione dei Modelli Operativi Interiorizzati (Albasi parla di MOID, cioè Modelli Operativi Interni Dissociati) che nella eziopatogenesi degli sviluppi traumatici.

Lo studio del 2012 di A. Dalenberg C. J., Brand B. L., Gleaves D. H., Dorahy M. J., Loewenstein R. J., Cardeña E., Frewen P. A., Carlson E. B., Spiegel D. sottolinea proprio quanto fino ad ora detto e cioè che gli eventi traumatici generano stati di dissociazione e che la dissociazione così intesa non può e non deve essere erroneamente diagnosticata come una forma di psicosi o confusa con la suggestionabilità del bambino.

Interessante studio è anche quello di Hetzel-Riggin M. D. del 2010 che focalizza l'attenzione su alcune reazioni fisiologiche tipiche del PTSD come l'aumento del battito cardiaco e della conduttanza cutanea rilevando che sono presenti e riscontrabili anche nei soggetti con dissociazione, fatto che mette in correlazione quest'ultima con la presenza di eventi traumatici precedenti.

Gli strumenti per valutare

Al fine di rilevare e quindi poter valutare i comportamenti sintomatici sono stati condotti studi e approfondimenti sugli strumenti adeguati in tal senso.

Quando si parla di bambini piccoli in età pre scolare, (ma anche dopo, fino ai 9-10 anni, seppur in maniera minore), il gioco rimane la fonte di rilevazione e valutazione maggioritaria. Il gioco è un'attività simbolica che permette al bambino di esprimere il proprio mondo interno, sia perché ancora non in grado di mettere in parole quanto alberga dentro di sé, sia per poter rimanere più protetto e lontano dalla potenza del materiale traumatico che genera malessere e espressioni sintomatologiche.

Nell'articolo "Il gioco traumatico nella *Play Therapy*" del 2012, Piccolo M., Miragoli S. riportano come quanto fino ad ora scritto dalla letteratura internazionale riguardo le caratteristiche tipiche del gioco traumatico siano attualmente valide e suggeriscono l'uso del gioco come strumento d'elezione nel trattamento delle piccole vittime di abuso e maltrattamenti.

Negli ultimi decenni si è moltiplicato l'uso di checklist e questionari specifici sia per la rilevazione che per la valutazione di alcune aree di funzionamento. molta attenzione va posta al loro uso in molti sensi: in primo luogo bisogna conoscere approfonditamente lo strumento per capire se è il più adatto e specifico per l'oggetto della nostra valutazione, in secondo luogo non bisogna fare l'errore di fermarsi alla compilazione dei questionari per formulare una diagnosi. Come detto, il processo diagnostico è articolato e composto da tanti tasselli, uno di questi può essere rappresentato dalle checklist, opportunamente conosciute ed utilizzate nel loro specifico.

Orientarsi tra le tante proposte non è sempre semplice, ci soffermeremo su alcune

che negli ultimi anni sono state utilizzate con proficuità.

Il Juvenile Victimization Questionnaire (Finkelhor D., Hamby S. L., Ormrod R., Turner H. 2005) è un questionario completo, progettato per raccogliere informazioni dai giovani o dalle loro figure di riferimento su una vasta gamma di vittimizzazioni lungo tutto lo spettro dell'infanzia. Esistono due versioni: Self-Report version e Caregiver Version. Esiste anche una versione rivista per gli adulti (Adult Retrospective Version).

Lo studio del 2012 di Soler L., Paretilla C., Kirchner T., Forns M., volto a rilevare il livello di autostima a seguito di polivittimizzazione su un gruppo di adolescenti di nazionalità spagnola, utilizza la Rosenberg Self Esteem Scale composta da dieci item a cui si deve rispondere rispetto a quanto si è d'accordo o in disaccordo secondo una scala a quattro punti che va da "fortemente d'accordo" a "fortemente in disaccordo". Cinque voci sono formulate in senso positivo e cinque in modo negativo. La scala di misura dello stato dell'autostima chiede ai partecipanti di riflettere sui propri sentimenti attuali. Lo studio fornisce utili indicazioni relative agli effetti che lo sperimentare molteplici forme di vittimizzazione (poli-vittimizzazione) ha sull'autostima e sullo sviluppo di sintomi da stress post-traumatico. La popolazione dello studio conta 722 adolescenti reclutati in sette scuole secondarie in Catalogna, Spagna; sono stati impiegati la Rosenberg Self-Esteem Scale, lo Youth Self Report e il JVQ; i partecipanti sono stati divisi in tre gruppi (non-vittime, vittime e i gruppi poli-vittima) in base al numero totale di diversi tipi di vittimizzazione esperiti. I risultati hanno mostrato che il 88,4% degli adolescenti era stato esposto ad almeno un tipo di vittimizzazione e che la polivittimizzazione era associata con un maggior numero di sintomi di stress post-traumatico sia nei ragazzi che nelle ragazze. Inoltre, il livello di gradimento di sé era significativamente più basso nel gruppo di polivittimizzati, mentre il livello di competenza di sé era equivalente tra i tre gruppi.

Kugler B. B., Bloom M., Kaercher L. B., Nagy S., Truax T. V., Kugler K. M., McGuire J. F., Storch E. A. (2013) hanno somministrato a 189 bambini tra i 6 e i 17 anni collocati in strutture di accoglienza tra il 1996 e il 2011 che avevano subito maltrattamenti fisici, psicologici e abusi sessuali un compito di completamento di frasi (Sentence Completion Task) e la Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) dopo poco tempo dal loro ingresso in struttura. L'obiettivo era comprendere meglio quale fosse il grado di compromissione dei processi di pensiero e della regolazione affettiva nei bambini traumatizzati, se e quanto questi sono stati distorti dal trauma. L'uso combinato di un questionario a scelta multipla (TSCC) con uno strumento a risposta aperta (Sentence Completion Task) ha dato buoni frutti al fine di raccogliere le informazioni desiderate.

Questionari più 'classici' hanno visto la conferma della propria validità sia nelle loro forme classiche (TSCC e CSBI) che riviste (TSCYC-SF: Wherry J. N., Corson K. Y., Hunsaker S. F., 2013; la Scala Impatto degli Eventi Rivista King D. W., Orazem R. J., Lauterbach D., King L. A., Hebenstreit C. L., Shalev A.Y., 2009).

Impossibile non richiamare le Linee Guida per la valutazione e il trattamento di bambini e adolescenti con disturbo post traumatico da stress (AACAP, 2010) che nell'introduzione raccomandano l'importanza di un precoce rilevamento del PTSD anche attraverso la raccolta di informazioni da parte dei genitori e dei bambini stessi,

nonché la valutazione e il trattamento di altre patologie concorrenti consigliando, per il trattamento, la psicoterapia focalizzata sul trauma e la combinazione di diversi interventi secondo un approccio multimodale.

Rispetto alla rilevazione e all'utilizzo di questionari, nella prima raccomandazione, queste Linee Guida segnalano una serie di checklist utili: in primis il JVQ oltre che i questionari autosomministrati come il Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index messo a punto dalla Università della California (UCLA) o la Child PTSD Symptom Scale. Viene segnalato anche il PTSD for Preschool-Age Children, un questionario con 18 item che riporta sia items riguardanti il PTSD che diversi altri adeguati per i bambini più piccoli; oltre ovviamente all'uso del TSCC e del TSCYC la cui sottoscala riguardante il PTSD ha buone correlazioni con i punteggi di PTSD dell'UCLA PTSD Reaction Index in young children.

Nella seconda raccomandazione (se lo screening indica sintomi da PTSD significativi, il clinico dovrebbe condurre una valutazione formale per determinare se il PTSD è presente, la gravità dei sintomi e il grado di danneggiamento del funzionamento. Genitori o altre figure di riferimento dovrebbero essere inclusi in questa valutazione, ove possibile) vengono citati altri questionari: la Child PTSD Symptom Scale che include la valutazione del danneggiamento del funzionamento, la cui evoluzione può essere seguita durante il corso del trattamento per monitorare i miglioramenti; il Clinician's Assessment of PTSD Symptoms - Child and Adolescent Version- o la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children - Present and Lifetime Version, la Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview o l'Observational Record for Infants and Young Children.

LE AREE DA VALUTARE: L'ESAME DEL MONDO INTERNO

Come detto, accanto all'analisi dei sintomi comportamentali è imprescindibile l'esame del mondo interno attraverso una accurata psicodiagnosi che permetta di comprendere quale sia l'impatto delle esperienze traumatiche subite su di esso al fine di rilevare vissuti traumatogeni.

La valutazione del mondo interno fornisce elementi preziosi ed immancabili per la lettura generale del malessere del bambino, non è volta unicamente a stabilire se ci sia stato o meno un abuso, ma permette di fornire un quadro diagnostico completo che orienta le successive vie di cura e di messa in protezione del bambino.

I test proiettivi

I test proiettivi sono, a ragione, da sempre considerati il pilastro della valutazione del mondo interno offrendo alle persone, e ai bambini in particolare poiché meno in grado di significare e mettere in parola quanto si agita loro dentro, una via per comprendere e dare senso a quanto accade nel proprio interno.

L'avvertenza è sempre la solita, attenzione all'uso che ne viene fatto poiché nessuno di essi fornisce la certezza che ci sia stato o meno un abuso e quindi non possono e non devono essere usati per tale scopo.

Nello specifico:

Il disegno

Le prove grafiche fanno parte a pieno titolo degli strumenti di una buona ed accurata psicodiagnosi. Le prove grafiche, con le storie inventate ad esse associate, stimolando il bambino su un piano simbolico, permettono allo stesso di avvicinarsi al materiale caldo, esprimerlo e renderlo fruibile (anche se non sempre e' cosi'!) a chi si sta occupando del suo percorso di cura (Ionio C., Procaccia R., 2003).

Negli ultimi anni molta attenzione e' stata rivolta ad una particolare prova grafica, il disegno della famiglia (Corman, 1967).

Ahimè, anche su questo argomento, l'interesse e gli studi si sono mossi all'interno dell'area della psicologia forense che, come abbiamo più volte detto, assume troppo spesso un'ottica dicotomica (vero/falso, presente/assente) che rende monco l'uso di strumenti così preziosi.

Piperno F., Di Biasi S., Levi G. (2007) hanno analizzato i disegni della famiglia di due gruppi di bambini fisicamente e/o sessualmente abusati rispetto ai disegni di bambini non abusati di un gruppo di controllo. Sono stati valutati e confrontati i disegni di 12 bambini che avevano subito abusi fisici, di 12 abusati sessualmente e di 12 bambini non abusati, tutti di età compresa tra i 5 anni e i 10 anni. I disegni della famiglia sono stati analizzati utilizzando uno specifico Screening Inventory (FDI-Family Drawing Inventory) che prende in considerazione variabili qualitative e quantitative come la qualità del disegno, la percezione da parte dei bambini dei membri della loro famiglie e la loro percezione di se stessi all'interno del sistema familiare. I risultati hanno mostrato differenze significative tra i minori maltrattati ed il gruppo di controllo. I bambini abusati sono più propensi a disegnare corpi distorti, la figura umana è di solito rappresentata priva di dettagli, i loro disegni mostrano generalmente chiari segnali di trauma e la maggior parte dei bambini abusati tendono ad escludere i loro caregiver primari dai disegni. La conclusione a cui arrivano gli autori e' che i "disegni della famiglia" dei bambini fisicamente e/o sessualmente abusati evidenziano significativamente maggiore stress emotivo rispetto ai disegni dei bambini non abusati del gruppo di controllo. Nello studio pilota di Ionio C., Procaccia R. (2006) le autrici si sono chieste se le rappresentazioni grafiche della famiglia subissero mutamenti quando questa non si fosse posta come protettiva. Hanno quindi indagato se e in che modo i bambini vittime di abuso sessuale forniscono rappresentazioni grafiche diverse da bambini che non hanno subito esperienze del genere. Sono stati analizzati i disegni di 83 bambini tra i 6 e i 10 anni di cui 20 vittime di abuso sessuale. Cio' che emerge e' che ci sono significative differenze relative alle modalità grafiche, formali e di contenuto tra i disegni della famiglia dei bambini abusati e dei bambini non abusati.

In contrasto con le evidenze degli studi sopra citati e' lo studio casistico di Lisi A., Stallone V., Tomasino M. G., Affatati V., Dimastromatteo C., Grattagliano I. (2013). Gli autori hanno analizzato, attraverso una griglia appositamente creata composta da 17 indicatori grafici, 8 disegni di bambini che la Magistratura aveva riconosciuto come vittime di abusi sessuali e 8 disegni di bambini non abusati come gruppo di controllo. I risultati evidenziano l'assenza di differenze significative tra i due gruppi di disegni in tutti e 17 gli indicatori grafici e pertanto esortano a non utilizzare in ambito forense questo strumento come elemento di 'prova' di un avvenuto o meno

abuso.

Uno studio esplorativo che si discosta dall'abito forense e da' interessanti stimoli clinici e' quello di Ionio C., Sberna M. (2009). Le autrici intendono indagare il ruolo delle componenti ambientali ed innate nelle rappresentazioni grafiche dei bambini abusati sessualmente. Per fare ciò hanno confrontato i disegni della famiglia di bambini italiani (24) e thailandesi (17) vittime di abusi sessuali di eta' compresa tra i 6 e i 13 anni. Dai risultati emerge che, in entrambi i contesti culturali esaminati, il disegno della famiglia risulta essere un utile strumento per indagare il mondo interno delle piccole vittime.

Il Blacky Pictures e il Thematic Apperception Test

Altri due test proiettivi 'storici' sono il Blacky Pictures e il Thematic Apperception Test, strumenti cardine di ogni valutazione psicodiagnostica.

In un recente studio italiano condotto da Procaccia R., Miragoli S., Di Blasio P. (2013) le autrici hanno voluto sondare se il Blacky Pictures può rappresentare un utile strumento per discriminare la rappresentazione di se' e degli altri tra un gruppo di 29 bambini abusati sessualmente e un gruppo di controllo. I risultati hanno confermato il test come valido strumento e mettono in evidenza, nelle rappresentazioni dei bambini abusati una serie di elementi caratteristici: rappresentazioni di se' fragili ed insicure, rappresentazioni familiari negative, idealizzazione e instabilità della figura materna, prevalenza di vissuti di tristezza e colpa, senso di sporcizia, impossibilità di riparazione e di tollerare le situazioni di ambivalenza e stare soli, ricorrenti tematiche sessuali.

La ricerca su come gli effetti dei traumi infantili si protraggano lungo tutto l'arco della vita ha visto impiegato il TAT, test proiettivo usato principalmente con soggetti adulti, come strumento utile per rilevare, ad esempio nello studio di Bedi R., Muller R. T., Thornback K. (2013), se e come i traumi subiti nell'infanzia danneggino la capacità relazionale dell'adulto. Questo studio ha esaminato il rapporto tra relazioni oggettuali e psicopatologia in un campione di 60 adulti precedentemente maltrattati. A 39 donne e 21 uomini con storie di abusi fisici e/o sessuali e' stato somministrato il TAT (Murray, 1943). Le storie del TAT sono state codificate per le relazioni oggettuali attraverso la Social Cognition e Object Relations Scale di Westen e colleghi (1985). Una simultanea analisi di regressione multipla ha rivelato che avere una capacità inferiore di investire nelle relazioni in maniera emotivamente e reciprocamente coinvolgente, contribuisce in modo significativo a livelli più alti di sintomi da PTSD. Inoltre, vedere il mondo come malevolo e caratterizzato da interazioni minacciose con gli altri, era il più potente predittore di una bassa autostima.

Il test di Rorschach

Il test di Rorschach continua ad essere considerato il test proiettivo per eccellenza nell'esplorazione del mondo interno, quindi l'utilizzo anche nell'abito dell'abuso sessuale e del trauma risulta particolarmente utile ed indicato.

Inutile ribadire come, pur fornendo elementi di funzionamento psicologico precisi e dettagliati, anch'esso non può e non deve essere usato per fare una diagnosi certa e inequivocabile di abuso sessuale. Certo è che permette di rilevare delle costanti di funzionamento nelle vittime di traumi, anche di natura sessuale.

Tutti gli autori che negli anni si sono occupati dell'uso del test di Rorschach invitano ad usarlo all'interno di batterie testali più ampie al fine di integrare le informazioni che emergono dai diversi test e checklist al fine di comporre un quadro diagnostico accurato e rispondente a costruire un piano terapeutico ad hoc per il paziente.

Uno studio specifico sull'utilizzo del Rorschach per indagare le conseguenze psicologiche dell'abuso è quello condotto da Tambone S., Cassibba R., Luchinovich L., Godelli S. nel 2009. Gli autori hanno condotto una ricerca su un campione di 40 bambini (20 abusati e 20 non abusati) di età compresa tra i 6 e i 10 anni. Il confronto con il gruppo di controllo ha evidenziato una serie di costanti nei Rorschach dei bambini abusati: scarsa produzione ideativa, carente qualità formale, uso massiccio di meccanismi di rimozione per tenere sotto controllo la sfera emotiva, scarsa capacità di introiezione e assenza di oggetti interni identificatori.

Il test di Rorschach è stato anche utilizzato per ottenere una migliore diagnosi differenziale rispetto ad altre forme di disagio psichico come la psicosi e la sindrome borderline. Come già detto spesso sono altre forme di malessere ad arrivare ai clinici, i pazienti si presentano con sintomi depressivi, di ansia, modalità di funzionamento che spesso portano a diagnosi di patologie psichiatriche e per esse vengono curati, non riconoscendo l'origine di tali sindromi, cioè la presenza di traumi (spesso abusi sessuali) subiti precedentemente.

La possibilità di usare la ricchezza del Rorschach per operare una giusta diagnosi differenziale permette di conseguenza di approntare piani clinici di cura funzionanti.

In tal senso sono interessanti i lavori di Zodan J., Hilsenroth M. J., Charnas J., Goldman R., Bornstein R. (2013) e di Barnett D., Heinze H. J., Arble E. (2013).

Il primo studio è uno dei primi a esaminare la relazione tra rating clinici indipendenti di abuso sessuale infantile (CSA) grave e Patologia Borderline (BP) usando le variabili del Rorschach che valutano l'esame di realtà, la regolazione degli affetti, il funzionamento relazionale e il contenuto traumatico. I partecipanti a questo studio erano 60 pazienti ambulatoriali presentatisi in cerca di cure presso una clinica universitaria. Tutti i protocolli Rorschach sono stati siglati con il sistema di Exner (Exner Comprehensive System). I risultati hanno dimostrato la presenza di alcuni limitati danni dell'esame di realtà in relazione alla gravità dell'abuso sessuale infantile (CSA). La gravità dell'abuso è risultata essere più fortemente legata ed esercita maggiore influenza sulle variabili di regolazione degli affetti. Il grado di patologia Borderline (BP) è risultata essere più fortemente correlata a variabili relative all'esame di funzionamento relazionale e alle rappresentazioni oggettuali. Contenuti traumatici e variabili di dipendenza orale non sono risultate significativamente correlate a uno grave abuso o a patologia Borderline.

Lo studio di Barnett D., Heinze H. J., Arble E. (2013) parte dal presupposto che vivere un'esperienza di abuso sessuale aumenta il rischio che i bambini potranno segnalare e manifestare problemi in molte aree del funzionamento come le emozioni, il comportamento e la salute. Questo studio longitudinale condotto su un campione di

44 bambini che hanno subito abusi sessuali esamina se l'elaborazione delle informazioni, così come valutato mediante il test di Rorschach, è associato con sintomi di depressione riferiti dal bambino e valutati attraverso la Child Depression Inventory (Kovacs, 1992) al momento attuale e 15 mesi più tardi. I bambini i cui protocolli Rorschach erano relativamente privi di punteggi che suggerivano disagio intenso, un'elaborazione complessa e contenuti sessuali erano maggiormente predisposti alla remissione dei sintomi di depressione al follow-up. Questi risultati, secondo gli autori, forniscono ulteriore validità di alcuni indici del Rorschach per formare una precisa prognosi riguardo i sintomi depressivi e forse quindi anche per il loro trattamento.

Bibliografia

1. Albasì C., Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati, UTET, Torino, 2006
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49 (4), 414–430.
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2011). Practice Parameter for Child and Adolescent Forensic Evaluations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50 (12), 1299-1312.
4. Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D., Walker J. D., Whitfield C., Perry B. D., Dube S. R., Giles W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 256 (3), 174-186.
5. Barnett D., Heinze H. J., Arble E. (2013). Risk, resilience, and the Rorschach: a longitudinal study of children who experienced sexual abuse. *Journal of Personality Assessment*, 95 (6), 600-609.
6. Bedi R., Muller R. T., Thornback K. (2013). Object relations and psychopathology among adult survivors of childhood abuse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (3), 233-240.
7. Biederman J., Petty C. R., Spencer T. J., Woodworth K. Y., Bhide P., Zhu J., Faraone S. V. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128 (1), 78-87.
8. Boon S., Steele K., Van Der Hart O., Gestire la dissociazione connessa al trauma. Formazione di abilità per pazienti e terapeuti, 2011.....
9. Dalenberg C. J., Brand B. L., Gleaves D. H., Dorahy M. J., Loewenstein R. J., Cardeña E., Frewen P. A., Carlson E. B., Spiegel D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138 (3), 550-588.
10. Davidson J. R. T., Stein D. J., Shalev A. Y., Yehuda R. (2004). Posttraumatic Stress Disorder: acquisition, recognition, course, and treatment. *The Journal of*

- Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 16 (2), 135-147.
11. Di Nuovo S. (2009). Metodi di valutazione dell'abuso sessuale sui minori: è ammissibile, ed è utile, il *testing* psicometrico? *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 11 (2), 33-46.
 12. Everson M. D., Faller K. C. (2012). Base rates, multiple indicators, and comprehensive forensic evaluations: why sexualized behavior still counts in assessments of child sexual abuse allegations. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21 (1), 45-71.
 13. Finkelhor D., Hamby S. L., Ormrod R., Turner H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29 (4), 383- 412.
 14. Harrington K. M., Miller M. W., Wolf E. J., Reardon A. F., Ryabchenko K. A., Ofrat S. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (6), 679-690.
 15. Hawkes C. (2011). Description of a UK study of onset of sexually harmful behavior before the age of ten years in boys referred to a specialist assessment and treatment service. *Child Abuse Review*, 20 (2), 82-101.
 16. Hetzel-Riggin M. D. (2010). Peritraumatic dissociation and PTSD effects on physiological response patterns in sexual assault victims. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2 (3), 192-200.
 17. Ionio C., Procaccia R. (2003). Comunicare il trauma: i disegni dei bambini vittime di abuso sessuale. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 5 (2), 57-85.
 18. Ionio C., Procaccia R. (2006). Il disegno della famiglia nei bambini vittime di abuso sessuale: uno studio pilota. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 8 (2), 83-101.
 19. Ionio C., Sberna M. (2009). Il disegno della famiglia in bambini italiani e thailandesi vittime di abuso sessuale: uno studio esplorativo. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 11 (3), 151-163.
 20. Kellogg N. D. (2009). Clinical report-the evaluation of sexual behaviors in children. *Pediatrics*, 124 (3), 992-998.
 21. King D. W., Orazem R. J., Lauterbach D., King L. A., Hebenstreit C. L., Shalev A.Y. (2009). Factor structure of posttraumatic stress disorder as measured by the Impact of Event Scale–Revised: Stability across cultures and time. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1 (3), 173-187.
 22. Kugler B. B., Bloom M., Kaercher L. B., Nagy S., Truax T. V., Kugler K. M., McGuire J. F., Storch E. A. (2013). Predictors of differential responding on a sentence completion task in traumatized children. *Journal of Child and Family Studies*, 22 (2), 244-252.
 23. Leavitt F. (2000). Surviving roots of trauma: prevalence of silent signs of sex abuse in patients who recover memories of childhood sex abuse as adults. *Journal of Personality Assessment*, 74 (2), 311-323.
 24. Liotti G., Farina B., *Sviluppi traumatici, Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Cortina editore, 2011.
 25. Lisi A., Stallone V., Tomasino M. G., Affatati V., Dimastromatteo C.,

- Grattagliano I. (2013). Utilità e limiti del Disegno della Famiglia nella valutazione dei casi di *child sexual abuse* in ambito peritale: uno studio casistico. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 15 (1), 81-96.
26. Manna G., Scimeca G., Como M. R. (2008). Gli effetti dell'abuso sui processi di funzionamento del pensiero. Uno studio con il metodo Rorschach. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 12 (1), 69-87.
27. Miragoli S. (2005). Comportamenti sessualizzati come segnali di abuso sessuale. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 7 (2), 37-47.
28. Olde E., Kleber R. J., van der Hart O., Pop V. J. M. (2006). Childbirth and posttraumatic stress responses. A validation study of the Dutch Impact of Event Scale-Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 22 (4), 259-267.
29. Piccolo M., Miragoli S. (2012). Il gioco traumatico nella *Play Therapy*. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 14 (2), 87-105.
30. Piperno F., Di Biasi S., Levi G. (2007). Evaluation of family drawings of physically and sexually abused children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16 (6), 389-397.
31. Procaccia R., Miragoli S., Di Blasio P. (2013). L'utilizzo del *Blacky Pictures' Test* nella valutazione dei minori vittime di abuso sessuale. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 15 (3), 109-130.
32. Schwarzwald J., Solomon Z., Weisenberg M., Mikulincer M. (1987). Validation of the Impact of Event Scale for psychological sequelae of combat. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (2), 251-256.
33. Silovsky J. F., Niec L. (2005). Caratteristiche dei bambini piccoli con problemi della condotta sessuale: uno studio pilota. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 7 (2), 11-35.
34. Soler L., Paretilla C., Kirchner T., Forns M. (2012). Effects of poly-victimization on self-esteem and post-traumatic stress symptoms in Spanish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21 (11), 645-653.
35. Sonnby K., Aslund C., Leppert J., Nilsson K. W. (2011). Symptoms of ADHD and depression in a large adolescent population: co-occurring symptoms and associations to experiences of sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65 (5), 315-322.
36. Stallone V., Grattagliano I., Lisi A. (2010). Minori vittime di abuso: la valutazione psicodiagnostica in ambito forense. *Zacchia*, 18 (4), 495-530.
37. Tambone S., Cassibba R., Luchinovich L., Godelli S. (2009). Un'indagine sulle conseguenze psicologiche dell'abuso attraverso l'uso del test di Rorschach. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 12 (1), 67-87.
38. Van der Hart O., Ellert R.S. Nijenhuis, Steele K., Fantasmi del Se'. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale. Cortina editore, Milano, 2011.
39. Van der Ploeg E., Mooren T. T. M., Kleber R. J., van der Velden P. G., Brom D. (2004). Construct validation of the Dutch version of the Impact of Event Scale. *Psychological Assessment*, 16 (1), 16-26.
40. Wherry J. N., Corson K. Y., Hunsaker S. F. (2013). A Short Form of the Trauma Symptom Checklist for Young Children using a clinical sample of

- sexually abused outpatients. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22 (7), 796-821.
41. Yates P., Allardyce S., MacQueen S. (2012). Children who display harmful sexual behavior: assessing the risks of boys abusing at home, in the community or across both settings. *Journal of Sexual Aggression*, 18 (1), 23-35.
 42. Zodan J., Hilsenroth M. J., Charnas J., Goldman R., Bornstein R. (2013). Rorschach assessment of childhood sexual abuse severity, borderline pathology, and their interaction: an examination of criterion validity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1-10.