

Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder

Tradotto e riprodotto con l'autorizzazione dell' American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, (c) All Rights Reserved, 2019".

LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO DI BAMBINI E ADOLESCENTI CON DISTURBO POSTTRAUMATICO DA STRESS

Riassunto

Queste Linee guida offrono una rassegna delle evidenze provenienti dalla ricerca e dalla esperienza clinica e mettono in luce significativi progressi nella valutazione e nel trattamento del Disturbo post traumatico da stress rispetto alle precedenti Linee guida pubblicate nel 1998. Esse evidenziano l'importanza di una precoce identificazione del Disturbo post traumatico da stress, l'importanza di ottenere informazioni dai genitori e dai bambini e di valutare e trattare i disturbi in comorbidità. Esse presentano dati a supporto della psicoterapia focalizzata sul trauma, dei farmaci e di una combinazione di interventi secondo un approccio multimodale.

J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2010;49(4):414 – 430.

Parole chiave: bambino, adolescente, disturbo post traumatico da stress, trattamento, Linee guida.

Più di un bambino su quattro sperimenta un evento traumatico significativo prima di diventare adulto [1]. Questi traumi possono includere eventi come abuso; violenza domestica, nella comunità o nella scuola; disastri, incidenti d'auto o di altro tipo, traumi da atti medici, guerra, terrorismo, trauma come profugo, morte traumatica di persone significative; o altre esperienze scioccanti, inaspettate o terrificanti. Sebbene in maggioranza i bambini siano resilienti dopo l'esposizione al trauma, alcuni sviluppano problemi di salute mentale significativi e potenzialmente duraturi. Queste Linee guida sono state scritte per aiutare i neuropsichiatri infantili e altri professionisti nell'area medica e della salute mentale a valutare e curare una di queste condizioni, il disturbo post traumatico da stress. (PTSD). Precedenti Linee guida su questo stesso soggetto sono state pubblicate nel *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* in ottobre 1998 [2]. Poiché la diagnosi di PTSD richiede che trascorra almeno 1 mese dopo l'esposizione a un dato trauma, queste Linee guida non si occupano dei bisogni psicologici immediati (relativi al primo mese) dei bambini dopo disastri o altri eventi traumatici acuti.

Queste Linee guida sono applicabili alla valutazione e al trattamento di pazienti bambini e adolescenti. Esse presuppongono familiarità con il normale sviluppo del bambino e con i principi della diagnosi e del trattamento psichiatrico dei bambini. In queste Linee guida il termine *bambino* si riferisce ad adolescenti e a bambini più piccoli a meno che non sia esplicitamente specificato. A meno che non sia diversamente segnalato, il termine *genitori* si riferisce ai datori di cure primarie del bambino, indipendentemente dal fatto che si tratti di genitori biologici o adottivi o di persone che ne abbiano la tutela legale.

METODOLOGIA

E' stata condotta una ricerca bibliografica su MEDLINE (www.pubmed.gov) usando i seguenti soggetti medici: stress disorders, posttraumatic AND randomized controlled trials; limite a bambini 0-18 anni, soltanto testi con abstract, in inglese, studi controllati randomizzati. Si sono ottenuti 70 abstract. Una ricerca su PsycINFO è stata condotta usando le seguenti parole chiave: posttraumatic stress disorder; limite 1 a treatment outcome / randomized clinical trial; limite 2 a (childhood or adolescence), ottenendo 24 abstract. E' stata condotta una ricerca nel Published International Literature on Traumatic Stress (PILOTS) Database, usando i termini clinical trials AND child AND adolescent, ottenendo 20 abstract. La ricerca ha coperto il periodo 1996 – 2006 ed è stata condotta il 7 maggio 2007. Sono stati inclusi soltanto abstract che comprendevano studi controllati randomizzati, strumenti per misurare i sintomi di PTSD nell'infanzia e risultati significativi relativi ai sintomi di PTSD. Questa ricerca è stata estesa ai programmi elencati sul sito internet del National Child

Traumatic Stress Network (www.NCTSN.org), citati da revisori esperti, e ai manoscritti che siano stati recentemente accettati per la pubblicazione in riviste peer-reviewed.

PRESENTAZIONE CLINICA

Il disturbo post traumatico da stress è una delle poche diagnosi psichiatriche nel DSM-IV-TR che richiede la presenza di un fattore eziologico noto, cioè un evento traumatico che precede lo sviluppo del disturbo. Perché sia presente un PTSD, il bambino deve riportare (o deve esserci un'altra prova convincente di) un evento che possa essere qualificato come traumatico e specifici sintomi relativi a tale esperienza traumatica. La prova convincente può essere una infezione sessualmente trasmessa in un bambino piccolo, un'affidabile racconto da parte di un testimone oculare (come per esempio un rapporto di polizia circa il salvataggio del bambino dalla scena di un incidente) o una valutazione forense che confermi la probabilità che il bambino abbia vissuto un evento traumatico. C'è una contraddizione intrinseca, in quanto proprio l'evitamento messo in atto rispetto alla descrizione delle esperienze traumatiche è un fattore centrale del PTSD; eppure per fare diagnosi di PTSD è necessario che il bambino descriva l'evento traumatico.

In assenza del racconto del bambino o di altre convincenti prove di un indicatore di trauma qualificante, una diagnosi di PTSD non può essere fatta. Ci possono essere situazioni in cui bambini o adolescenti si presentano con sintomi suggestivi di PTSD (per esempio, sintomi generici di ansia, incubi e inadeguatezza; o più avanti nell'età, comportamenti autolesivi come procurarsi ripetutamente tagli, abuso di sostanze e un comportamento sessualizzato indiscriminato) in assenza della rivelazione di esposizione a traumi.

In questa situazione il clinico non dovrebbe presumere che un trauma sia avvenuto. E' saggio per i clinici chiedere in quasi tutte le valutazioni di routine se eventi traumatici siano avvenuti (per esempio maltrattamento, infortuni acuti, disastri e aver assistito a violenza sui propri cari). Comunque, se i bambini e i genitori non possono confermare che sia avvenuto un evento traumatico, non spetta ai clinici supporre che la sintomatologia sia conseguenza di un trauma dimenticato. D'altro canto, alcuni bambini possono essere spaventati, vergognarsi, essere imbarazzati o evitanti circa la rivelazione di esperienze traumatiche, soprattutto in un primo colloquio clinico. L'evitamento può prendere la forma del diniego dell'esposizione al trauma, e come tale può essere un indicatore della gravità dei sintomi di evitamento del bambino piuttosto che della assenza di esposizione a traumi. La negazione da parte dei genitori dell'esposizione del bambino a traumi può avvenire perché i genitori non ne sono al corrente, perché il genitore stesso è il perpetratore o per una varietà di altre ragioni. Un errore in qualunque direzione, cioè attribuire erroneamente i sintomi a un trauma mai avvenuto o trascurare la possibilità di una reale storia traumatica, comporta potenziali rischi. I bambini dovrebbero essere inviati per una valutazione forense se il clinico ha dei sospetti di esposizione al trauma ma non ha racconti confermati. Ci sono molte differenze tra le valutazioni forensi e cliniche; i clinici non dovrebbero tentare di condurre una valutazione forense nel contesto di una valutazione clinica.

La maggior parte degli individui che sperimentano eventi davvero minacciosi per la vita manifestano la patologia post traumatica immediatamente. [3,4] Comunque, solo circa il 30% in media tendono a manifestare una sintomatologia duratura dopo il primo mese. [5] Quindi, il PTSD non viene diagnosticato fino a dopo che sia passato almeno un mese dopo l'evento target. Dopo disastri di grandi proporzioni, incidenti d'auto, o traumi medici, i bambini possono essere visti molto precocemente dopo l'esposizione traumatica da personale medico, da professionisti della salute mentale, o da paramedici. Il disturbo da stress acuto, il disordine dell'adattamento, o un altro disturbo può essere diagnosticato durante il primo mese dall'esposizione traumatica. Una sofferenza psicologica moderata e transitoria può essere una reazione normale. Dati recenti hanno suggerito che sintomi di panico nell'immediato dell'esposizione traumatica sono predittivi di un successivo PTSD nei bambini e questo può essere un sintomo importante da valutare in questo periodo acuto. [6, 7] Si sa poco dell'efficacia degli interventi precoci che tipicamente vengono forniti nell'immediato dei disastri, e se possano causare danni ai bambini come si è riscontrato un alcune ricerche su adulti. [8] Uno studio controllato randomizzato ha dimostrato che fornire un intervento di salute mentale precoce, un debriefing psicologico, non dà né vantaggi né svantaggi rispetto al gruppo di controllo nel migliorare i sintomi di PTSD per i bambini coinvolti in un incidente stradale. [9]

Un PTSD acuto viene diagnosticato se i sintomi sono presenti dopo il primo mese e per meno di 3 mesi successivi all'evento target; un PTSD cronico è diagnosticato se i sintomi persistono oltre i 3 mesi. Si continua a discutere se esista o meno una condizione alternativa chiamata "PTSD complesso" (nota anche come disturbo da stress estremo non altrimenti specificato oppure disturbo traumatico dello sviluppo in bambini o adolescenti traumatizzati gravemente, precocemente o in relazioni interpersonali. [10] Un punto di vista alternativo con sostanziale supporto è che il PTSD complesso sia un PTSD cronico che si accompagna o meno

ad altre condizioni di comorbidità previste dal DSM-IV-TR. [11] In ciascuna prospettiva c'è consenso clinico che i bambini con PTSD grave possano presentare una disregolazione estrema del funzionamento fisico, affettivo, comportamentale, cognitivo e/o relazionale che non è adeguatamente messa a fuoco nelle abituali descrizioni dei criteri diagnostici per PTSD. Alcuni di questi bambini possono essere erroneamente diagnosticati come bipolari a causa della grave disregolazione affettiva correlata al PTSD; altri possono avere un vero disturbo bipolare ma ugualmente richiedono attenzione ai loro sintomi da trauma. E' anche importante che i clinici siano consapevoli che i bambini possono avere una storia di trauma pur avendo sintomi psichiatrici non correlati al trauma; distinguere il ruolo giocato dal trauma negli attuali sintomi del bambino richiede conoscenza della complessità con cui PTSD e altri sintomi da trauma possono presentarsi e della generale psicopatologia infantile. I neuropsichiatri infantili possono soddisfare un bisogno critico in questo campo.

GRUPPI DI SINTOMI DA PTSD

In aggiunta alla presenza di un trauma noto, la diagnosi di PTSD richiede la presenza di sintomi in tre distinti gruppi.

Risperimentare il trauma deve essere presente come evidenziato da almeno uno dei seguenti sintomi: ricordi ricorrenti e intrusivi, incubi, o altre sensazioni di rivivere l'esperienza traumatica. Nei bambini più piccoli questo può prendere la forma di gioco ripetitivo in cui aspetti o temi del trauma sono espressi, o può avvenire una rimessa in atto dello specifico trauma. Possono anche verificarsi sogni spaventosi senza contenuti trauma-specifici. Ciò che ricorda il trauma (persone, posti, situazioni, o altri stimoli che riportano alla mente l'evento traumatico originario) può portare a intensa sofferenza psicologica o fisiologica.

Un evitamento persistente di stimoli che ricordino il trauma o un intorpidimento emotivo deve essere presente come evidenziato da almeno tre dei seguenti sintomi: sforzi di evitare stimoli che ricordino il trauma, compreso il parlare dell'evento traumatico o di altri riattivatori del ricordo; incapacità di ricordare un aspetto importante del trauma; diminuiti interesse o partecipazione ad attività precedentemente gradite; distacco o estraniamento dagli altri; affettività ridotta; sensazione di avere poco futuro.

Devono essere anche presenti persistenti sintomi di iperattivazione come evidenziato da almeno due dei sintomi seguenti: difficoltà a prendere sonno o a dormire; irritabilità o scoppi di rabbia; difficoltà di concentrazione; ipervigilanza; aumentate reazioni di trasalimento. I bambini più piccoli manifestano anche una aggressività non presente prima, comportamento oppositivo, regressione nelle abilità conquistate nella crescita (nel controllo sfinterico e nel linguaggio), nuova ansia da separazione, nuove paure non evidentemente correlate all'evento traumatico (di solito paura del buio o paura di andare da soli in bagno) come sintomi associati. [12]

Continua il dibattito circa la validità dei criteri diagnostici del DSM-IV-TR per i bambini in particolare per la richiesta di tre sintomi da evitamento /intorpidimento nei preadolescenti, poiché questi sintomi richiedono che i bambini riportino stati interni complessi che sono troppo difficili da comprendere per i bambini piccoli e da osservare per i genitori. Studi empirici hanno anche sollevato seri dubbi circa l'appropriatezza di questa soglia per i bambini prepuberi. [13-15]

Il PTSD nell'infanzia costituisce un aumento di rischio per numerosi problemi nella tarda infanzia, adolescenza ed età adulta. Il PTSD correlato all'abuso o alla violenza domestica è associato con volume cerebrale ridotto e corpo calloso più piccolo [16] e la gravità di queste alterazioni è proporzionale alla durata dell'esposizione al trauma del bambino. Alcuni studi hanno mostrato che il PTSD infantile è associato a risultati scolastici più scadenti se comparati ai bambini che sono stati esposti a trauma ma non hanno sviluppato PTSD, [17] mentre uno studio più recente ha trovato che solo i sintomi di riattualizzazione del trauma sono associati a inadeguatezza cognitiva in adulti con PTSD correlato a maltrattamento infantile. [18] Certi tipi di eventi traumatici sembrano essere particolarmente associati con cattivi esiti, sia che i bambini sviluppino o meno un conclamato PTSD. Per esempio, l'abuso sessuale infantile da solo è un forte predittore di numerosi esiti avversi in adolescenza e in età adulta, inclusi abuso di sostanze, disturbi della condotta, e depressione. [19] La relazione dell'abuso sessuale nell'infanzia con la suicidalità è particolarmente seria: più del 20% di tutti i tentativi di suicidio messi in atto da adolescenti sono attribuibili a questo trauma e le vittime di abuso sessuale infantile hanno una probabilità otto volte maggiore dei controlli non abusati sessualmente di tentare ripetutamente il suicidio durante l'adolescenza. [19-21] Gli adolescenti con PTSD correlato all'abuso sessuale hanno anche comportamenti sessuali ad alto rischio. [22] Si è riscontrato che gli adulti con PTSD correlato a traumi infantili hanno maggiore incidenza di depressione, tentati suicidi, abuso di sostanze, ricoveri psichiatrici e difficoltà relazionali se messi a confronto con adulti con disturbi d'ansia che hanno una storia di traumi senza PTSD o non hanno una storia di traumi. [23]

EPIDEMIOLOGIA

Un campione di adolescenti e giovani adulti indicava che complessivamente in tutto l'arco della vita la prevalenza del PTSD nella popolazione giovanile generale era del 9,2%. [24] Un campione nazionale recente di adolescenti (12-17 anni) indicava che il 3,7% dei maschi e il 6,3% delle femmine adolescenti soddisfaceva pienamente i criteri diagnostici per il PTSD. [25] Una ricerca su 1035 adolescenti tedeschi ha riscontrato un tasso di prevalenza di PTSD in tutto l'arco della vita dell'1,6%. [26] Molti più bambini esposti a traumi sviluppano sintomi clinicamente significativi di PTSD senza soddisfare pienamente i criteri diagnostici; la ricerca ha indicato che questi bambini hanno inadeguatezze funzionali comparabili a quelli che hanno una diagnosi di PTSD. [27] I pochi studi che hanno esaminato il corso naturale del PTSD nei bambini hanno qualche volta confermato l'andamento generale degli studi su adulti che il tasso di PTSD diminuisce col tempo, sia pure gradualmente. [13, 28-31] Malgrado ci siano questi gruppi che in media mostrano complessivamente una "naturale guarigione" (cioè, remissione senza trattamento), all'interno di questi campioni ci sono sempre quelli che invece sperimentano un PTSD cronico per molti anni. In altre parole, gruppi di bambini esposti ad abuso sessuale, disastri naturali, guerra, incidenti e violenza in ambito scolastico risultano avere una diminuzione nell'incidenza di PTSD nel corso del tempo, ma significative porzioni di questi gruppi continuano a soddisfare i criteri per il PTSD cronico.

Più negativi sono due studi prospettici che non hanno mostrato alcuna diminuzione media nel gruppo nella sintomatologia da PTSD. MacFarlane [32] ha dimostrato che bambini australiani di età scolare (età media, 8,2 anni) non avevano diminuito la loro sintomatologia per oltre 18 mesi dopo un incendio boschivo. [32] Sheeringa et al. [33] hanno trovato che bambini di età prescolare non avevano diminuito i sintomi di PTSD per oltre 2 anni. Una domanda importante è se i bambini più piccoli siano più vulnerabili ad effetti permanenti del trauma. Un'altra questione importante è se un trattamento più precoce possa dare esiti migliori rispetto a un trattamento tardivo o assente, anche se l'incidenza della diagnosi di PTSD declina nel tempo per tutti i gruppi di età durante l'infanzia e l'adolescenza. Un nuovo studio ha indicato che questo è ciò che accade per gli adulti. [34]

FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE

Il genere femminile, una precedente esposizione al trauma, traumi multipli, una maggiore esposizione al trauma target, la presenza di un disturbo psichiatrico precedente (specie un disturbo d'ansia), una psicopatologia dei genitori e mancanza di supporto sociale sono fattori di rischio per lo sviluppo di un PTSD da parte di un bambino dopo l'esposizione al trauma. [35] A contrario, il supporto dei genitori, livelli minori di PTSD dei genitori e la risoluzione di altri sintomi dei genitori correlati al trauma predicono minori livelli di sintomi di PTSD nei bambini. [36-37] Nel contesto di un disastro, vedere di più in TV eventi connessi al disastro, una ritardata evacuazione, sintomi estremi di panico, o avere la sensazione che la vita propria o di un familiare fosse in pericolo sono stati riscontrati associati allo sviluppo di sintomi di PTSD nei bambini significativamente e ciascuno come variabile indipendente. [38-40] Una recente ricerca ha suggerito che nei bambini le reazioni psicologiche all'esposizione al trauma sono in qualche misura influenzate da fattori genetici. [41]

BASE DI EVIDENZA PER LE LINEE GUIDA

In queste Linee guida, le raccomandazioni per le migliori pratiche sono affermate in accordo con la forza del sottostante supporto empirico e/o clinico, come segue:

- Standard minimo (SM) si applica alle raccomandazioni che sono basate su una rigorosa evidenza empirica (cioè, studi controllati randomizzati) e/o su indiscutibile consenso clinico. Gli standard minimi valgono per più del 95% dei casi (cioè, in quasi tutti i casi).
- Orientamento clinico (OC) si applica alle raccomandazioni che sono basate su una forte evidenza empirica (cioè studi controllati non randomizzati) e/o su forte consenso clinico. L'orientamento clinico è valido per circa il 75% dei casi (cioè, nella maggioranza dei casi).
- Opzionale (OP) si applica alle raccomandazioni accettabili sulla base di una evidenza empirica emergente (per esempio, studi non controllati o comunicazioni di casistica) o di opinioni cliniche, ma che mancano di una forte evidenza empirica e/o di un forte consenso clinico.
- Non approvato (NA) si applica alle pratiche che sono notoriamente inefficaci o controindicate.

La forza dell'evidenza empirica è quotata in ordine discendente come segue:

- Sperimentazione controllata randomizzata (scr) si applica agli studi in cui i soggetti sono assegnati casualmente a due o più condizioni di trattamento
- Sperimentazione controllata (sc) si applica agli studi in cui i soggetti sono assegnati non casualmente a due o più condizioni di trattamento.
- Sperimentazione non controllata (snc) si applica agli studi in cui i soggetti sono assegnati a un'unica condizione di trattamento.
- Studio di casi o di caso (cr) si applica a resoconti di una serie di casi o di un unico caso.

SCREENING

Raccomandazione 1. La valutazione psichiatrica di bambini e adolescenti dovrebbe di routine includere domande circa esperienze traumatiche e sintomi di PTSD (SM).

Data l'alta frequenza di esposizione al trauma nei bambini e il corso potenzialmente di lunga durata del PTSD, è importante riconoscere precocemente questa condizione. Uno screening di routine per PTSD durante una valutazione iniziale di salute mentale è quindi raccomandato. Anche se il trauma non è la ragione dell'invio, i clinici dovrebbero di routine interrogare i bambini circa l'esposizione agli eventi traumatici comunemente sperimentati (per esempio, abuso, violenza domestica o di comunità, o seri infortuni) e se questa esposizione è documentata, il bambino dovrebbe essere valutato per la presenza di sintomi di PTSD. Le domande di screening dovrebbero utilizzare un linguaggio adeguato all'età ed essere basate sui criteri del DSM-IV-TR. Per quanto riguarda i bambini prepuberi, è essenziale ottenere informazioni circa i sintomi di PTSD da più fonti di informazione, inclusi i bambini e i genitori o altri datori di cura, poiché l'aggiunta delle informazioni dei datori di cura migliora l'accuratezza diagnostica significativamente. [14]

Per effettuare lo screening per sintomi di PTSD, il clinico deve dapprima determinare se i bambini siano stati esposti a esperienze traumatiche significative. Uno degli strumenti più esaustivi a questo proposito è il Juvenile Victimization Questionnaire, che è stato validato per campioni di bambini di età 2-17 anni di diverse etnie. [42] Le strategie di screening ottimali dipendono dall'età dei bambini. Per bambini di 7 o più anni, i bambini stessi possono autoriferire sia l'esposizione a traumi sia i sintomi. Misure autoriferite per il PTSD come l'University of California at Los Angeles (UCLA) Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index [43] o la Child PTSD Symptom Scale [44] possono assistere nello screening e nel monitoraggio della risposta al trattamento. Una versione abbreviata del UCLA PTSD Reaction Index è contenuta nella Tabella 1.

Quando lo screening riguarda bambini sotto i 7 anni di età, gli strumenti devono essere somministrati ai datori di cura poiché i bambini piccoli in ragione dello stadio evolutivo non hanno le capacità per autoriferire accuratamente una sintomatologia psichiatrica. Il PTSD for Preschool-Age Children è un questionario a 18-item che copre la maggioranza degli item sul PTSD più parecchi item adatti ai bambini piccoli. [45] Un sottoinsieme di 15 item della Child Behavior Checklist si è dimostrata di promettente sensibilità e specificità comparata a una intervista gold-standard per PTSD. [46] La Trauma Symptom Checklist for Children [47] è un questionario per una vasta gamma di difficoltà correlate a trauma come PTSD, sintomi depressivi, d'ansia, dissociativi e di rabbia. Lo strumento associato per i bambini più piccoli, la Trauma Symptom Checklist for Young Children, pure appare dotata di buone proprietà psicometriche e la sua sottoscala PTSD correla bene con i punteggi di PTSD dell'UCLA PTSD Reaction Index nei bambini piccoli. [48]

VALUTAZIONE

Raccomandazione 2. Se lo screening indica sintomi significativi di PTSD, il clinico dovrebbe condurre una valutazione formale per determinare se il PTSD è presente, la gravità di quei sintomi e il grado di danno funzionale. I genitori o altri datori di cura dovrebbero essere inclusi in questa valutazione ogni volta che sia possibile (SM).

Una corretta valutazione di PTSD richiede relativamente più diligenza e capacità di dare istruzioni nell'intervista che in ogni altro tipo di disturbo. Gli intervistati devono essere accompagnati a rispondere circa i complicati sintomi di PTSD in modo che capiscano bene cosa è loro chiesto e non esagerino o sottovalutino i sintomi sulla base di fraintendimenti di quanto è loro richiesto. Per esempio, la maggioranza della gente sa intuitivamente che cosa vogliono dire i sintomi di altri disturbi, come tristezza o iperattività, ma pochi hanno sperimentato una reazione generalizzata di paura in presenza di un riattivatore traumatico connesso a minaccia per la vita in passato, o sentirsi stralunati a causa di reazioni dissociative, o il senso di non avere futuro. Questo è vero in particolare per i genitori non traumatizzati che rispondono relativamente ai loro bambini.

Questo stile di intervista va contro la modalità a cui la maggior parte dei clinici è formata, nell'aspetto per cui gli intervistatori non vogliono "guidare" i bambini durante le interviste. Per evitare questo rischio, i clinici possono chiedere ai bambini di dare adeguati dettagli circa l'insorgenza, la frequenza e la durata dei sintomi per essere convincenti. In uno studio, l'88% della sintomatologia del PTSD non era osservabile nell'esame clinico dei bambini piccoli. [12] In particolare gli item circa il rivivere il trauma e l'evitamento richiedono che l'individuo riconosca che le sue emozioni e comportamenti sono connessi ai ricordi di eventi precedenti che, almeno stando alla definizione di PTSD, stanno cercando di evitare di ricordare. In particolare, è insufficiente chiedere circa il rivivere il trauma e l'evitamento genericamente, tipo "Ti disturba se qualcosa ti ricorda il tuo evento passato?" Gli intervistatori devono adattare queste indagini alle singole esperienze di ogni paziente con esempi specifici, tipo "Quando tu sei tornato nella casa dove è avvenuto l'evento, sei rimasto sconvolto?" Molti individui risponderanno negativamente alla domanda generica, ma in modo affermativo alla specifica indagine una volta che sono stati correttamente accompagnati a capire cosa l'intervistatore sta chiedendo loro.

Il clinico durante la valutazione dovrebbe chiedere al bambino e al genitore la gravità dei sintomi e l'impatto funzionale in aggiunta alla pura presenza di sintomi di PTSD. La Child PTSD Symptom Scale include una stima dell'impatto funzionale, che può essere monitorata durante il corso del trattamento per valutare il miglioramento. I bambini più piccoli possono usare analoghi grafici appropriati allo stadio di sviluppo per stimare la gravità dei sintomi e l'interferenza con il funzionamento, come disegni seriali di faccine da spaventate a serene oppure un "termometro della paura".

Sebbene test psicologici formalizzati non siano richiesti per fare diagnosi di PTSD, parecchi strumenti possono essere di aiuto nel dare ulteriori dati rispetto alla intervista clinica nei ragazzi da 4 a 17 anni. I clinici possono trovare utili a questo proposito il Clinician's Assessment of PTSD Symptoms—Child and Adolescent Version [49] o la Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children—Present and Lifetime Version PTSD section [50]. Ambedue comportano una quantificazione dell'accordo del bambino e del genitore rispetto a sintomi di PTSD connessi al trauma target selezionato all'inizio dell'intervista.

Per i bambini in età prescolare, la Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview e l'Observational Record for Infants and Young Children sono interviste per caregiver che contengono modifiche appropriate allo stadio di sviluppo. [51]

TABELLA 1 Abbreviated University of California at Los Angeles PTSD Reaction Index.43 © 2001 Robert S. Pynoos and Alan M. Steinberg. Reprinted with permission from Alan M. Steinberg.

Qui c'è una lista di nove problemi che talvolta le persone hanno dopo che sono successe loro cose molto brutte. Pensa alla tua esperienza traumatica e fai un cerchio intorno a uno dei numeri (0, 1, 2, 3, o 4) che dicono quanto spesso il problema ti è capitato NELL'ULTIMO MESE.

Per esempio 0 significa 'per niente' e 4 significa 'quasi ogni giorno'.

1. Divento spaventato o triste quando qualcosa mi ricorda quello che è successo	Mai 0	Un po' 1	A volte 2	Molto 3	Moltissimo 4
2. Pensieri o immagini disturbanti di quello che è successo arrivano nella mia mente quando non vorrei	0	1	2	3	4
3. Mi sento scontroso o mi arrabbio facilmente	0	1	2	3	4
4. Cerco di non parlare, di non pensare o di non avere sentimenti riguardo a quello che è successo	0	1	2	3	4
5. Ho problemi ad andare a dormire o mi sveglio spesso durante la notte	0	1	2	3	4
6. Ho problemi a concentrarmi e a stare attento	0	1	2	3	4
7. Cerco di stare lontano da persone, posti o cose che possono farmi ricordare quello che è successo	0	1	2	3	4
8. Faccio brutti sogni, compreso i sogni di quello che è successo	0	1	2	3	4
9. Dentro mi sento solo e non vicino agli altri	0	1	2	3	4

Raccomandazione 3. La valutazione psichiatrica dovrebbe considerare la diagnosi differenziale di altri disturbi psichiatrici o di condizioni fisiche che possono mimare il PTSD (SM).

Alcune condizioni psichiatriche si possono presentare con sintomi simili a quelli visti nel PTSD. Sintomi di evitamento e di riattivazione presenti nel PTSD, come inquietudine, iperattività, attività o gioco disorganizzato e/o agitato possono essere confusi con un disturbo da deficit attentivo /iperattività (ADHD). Sintomi da ipervigilanza nei bambini come difficoltà a dormire, scadente concentrazione e attività motoria ipereccitata possono significativamente sovrapporsi con tipici sintomi di ADHD, e a meno che non si raccolga una storia accurata di esposizione a trauma in relazione con l'insorgenza o con il peggioramento dei sintomi, queste condizioni sono difficili da distinguere. Il PTSD può anche presentarsi con fattori più caratteristici del disturbo ribelle oppositivo, quando predominano scoppi di rabbia e di irritabilità; questo può essere particolarmente vero se il bambino è stato esposto a elementi che gli ricordino il trauma (come la presenza del perpetratore della violenza). Il PTSD può sembrare un disturbo da panico se il bambino ha una forte ansia e disagio psicologico e fisiologico se esposto a riattivatori del ricordo del trauma e a condotte evitanti rispetto a verbalizzare il trauma. Il PTSD può essere erroneamente diagnosticato come un altro disturbo d'ansia, come disturbo da ansietà sociale, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo d'ansia generalizzato, o fobia se compaiono sintomi come evitamento di stimoli temuti, ipereccitazione fisiologica e psicologica durante l'esposizione a stimoli temuti, problemi di sonno, iperallarme e una esasperata reazione di trasalimento. Il PTSD può anche mimare un disturbo depressivo maggiore se sono presenti comportamenti autolesivi che hanno la funzione di evitare il confronto con riattivatori del ricordo del trauma, ritiro sociale, blocco emotivo e/o difficoltà nel sonno. Il PTSD può essere erroneamente scambiato per disturbo bipolare, come già citato, in quanto i sintomi di ipervigilanza o altri sintomi d'ansia possono suggerire una ipomania; una rimessa in scena del trauma può mimare un comportamento aggressivo o ipersessualizzato; tentativi maladattivi di coping cognitivo possono mimare stati pseudomaniacali. Un esame dei criteri per diagnosticare una condizione di maniacalità giovanile rivela una significativa sovrapposizione con i sintomi di PTSD infantile. [52] Il PTSD può essere erroneamente diagnosticato come un disturbo da uso primario di sostanze poiché droghe e/o alcool possono essere usati per anestetizzare o evitare le riattivazioni dei ricordi traumatici. Per contro, è importante ricordare che ci sono molti ragazzi con una storia di trauma che hanno un disturbo primario da uso di sostanze che si accompagna a pochi sintomi di trauma; questi ragazzi tipicamente traggono più beneficio dal ricevere un trattamento per l'uso di sostanze piuttosto che per il PTSD.

Alcuni bambini con PTSD possono essere gravemente agitati. La gravità della loro ipervigilanza, dei flashback, dei disturbi del sonno, del blocco emotivo e/o del ritiro sociale può mimare un disturbo psicotico. Altri bambini con PTSD possono avere percezioni inusuali che dovrebbero essere differenziate dalle allucinazioni di una psicosi. La probabilità di un delirio dovrebbe pure essere considerata in presenza di difettosità sensoriali o di livelli fluttuanti di coscienza.

Ogni malattia fisica di base associata con il trauma richiede immediata cura medica. Le condizioni mediche che possono presentarsi con sintomi simili a quelli del PTSD includono ipertiroidismo, intossicazione da caffeina, emicrania, asma, attacchi epilettici e tumori a secrezione di catecolamine o di serotonina. Farmaci la cui prescrizione può produrre effetti collaterali che possono mimare aspetti del PTSD includono antiasmatici, simpaticomimetici, steroidi, inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI), antipsicotici (se producono acatisia) e antipsicotici atipici. Farmaci che non abbisognano di prescrizione medica con effetti collaterali che possono mimare il PTSD includono pillole dietetiche, antistaminici e medicinali per il raffreddore.

Il disturbo post traumatico da stress è spesso associato con sintomi somatici come cefalea e disturbi addominali. Una valutazione di salute mentale dovrebbe essere precocemente presa in considerazione durante la valutazione medica di ragazzi con lamentele somatiche, particolarmente quelli con una storia nota di esposizione a trauma. C'è qualche evidenza preliminare che suggerisce che l'esposizione a trauma abbia un effetto negativo sul funzionamento del sistema immunitario nei bambini. [53]

TRATTAMENTO

Raccomandazione 4: Il piano di trattamento dovrebbe considerare un approccio complessivo che includa la valutazione della gravità e del grado di impatto negativo dei sintomi di PTSD nel bambino (SM).

Il trattamento dei bambini con sintomi di PTSD dovrebbe includere informazione educativa ai bambini e ai genitori riguardo al PTSD; confronto con il personale scolastico e con il medico di base, una volta che sia stato ottenuto il consenso informato; una psicoterapia focalizzata sul trauma di tipo cognitivo comportamentale, psicodinamica e/o familiare. Può anche essere presa in considerazione la terapia farmacologica in un approccio multimodale al bambino con PTSD. Uno screening in ambiente scolastico

dovrebbe essere considerato dopo eventi traumatici a livello di comunità poiché questo è un modo efficace di identificare e trattare i bambini che ne sono stati colpiti. Nella pratica clinica la scelta e la tempistica delle specifiche modalità di trattamento per un singolo bambino e la sua famiglia comportano valutazione dei fattori di stress psicosociale, dei fattori di rischio, della gravità e impatto negativo del PTSD, dell'età, del funzionamento cognitivo e dello stadio di sviluppo del bambino, del funzionamento della famiglia e di altre condizioni di comorbidità. Inoltre, devono essere considerati fattori peculiari del bambino e della famiglia come la propensione o l'accettazione di un particolare intervento e fattori relativi al clinico come la formazione, l'accesso e la disponibilità verso interventi basati sull'evidenza, l'accessibilità di tali interventi.

I bambini con sintomi significativi di PTSD che non soddisfano pienamente i criteri per una diagnosi di PTSD spesso hanno un impatto negativo funzionale comparabile a quelli con diagnosi di PTSD. [27, 35] Le decisioni sul trattamento dei bambini dovrebbero tenere in conto la gravità dei sintomi e l'impatto negativo sul funzionamento indipendentemente dal fatto che abbiano o meno una formale diagnosi di PTSD. Fino a che evidenze da studi comparativi non orienteranno la pratica clinica, il trattamento per un lieve PTSD dovrebbe cominciare dalla psicoterapia. La combinazione di terapia farmacologica e psicoterapia riconosce valide ragioni nella necessità di una riduzione di sintomi acuti in un bambino con PTSD grave, nella presenza di un disturbo in comorbidità che richiede un trattamento aggiuntivo, o quando c'è una risposta insoddisfacente o parziale alla psicoterapia e la possibilità di ottenere un esito più favorevole con un trattamento combinato. [54]

C'è prova che includere i genitori nel trattamento sia di aiuto per la risoluzione dei sintomi del bambino correlati al trauma. Deblinger et al. [55, rct] hanno trattato con terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma (CBT) i soli genitori, oppure il solo bambino oppure bambino e genitori, hanno comparato queste tre condizioni con un trattamento di comunità abituale (as usual). L'inserimento dei genitori nel trattamento ha ottenuto un miglioramento significativamente maggiore nella depressione segnalata dal bambino e nei problemi comportamentali segnalati dai genitori. Gli studi hanno dimostrato che minori livelli di disagio emotivo nei genitori [39,rct], [56,rct] e maggiore supporto ai genitori [57, rct] comporta una risposta più positiva al trattamento, inclusi i sintomi di PTSD, durante la partecipazione dei bambini a una terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT).

Raccomandazione 5: Il piano di trattamento dovrebbe integrarsi con appropriati interventi per i disturbi psichiatrici in comorbidità (SM).

I bambini con PTSD spesso hanno condizioni psichiatriche in comorbidità. Una diagnosi e un trattamento appropriati dovrebbero essere forniti in modo tempestivo in accordo con le linee guida relative alle condizioni di comorbidità. Il PTSD comunemente compare in presenza di disturbi depressivi, [58] di ADHD, [59] di abuso di sostanze, [60] e di altri disturbi d'ansia. [58] Idealmente, il trattamento delle condizioni di comorbidità dovrebbe essere fornito con una modalità integrata. E' stato descritto un modello supportato da evidenze per trattare adolescenti con PTSD e abuso di sostanze in comorbidità. [61, 62] questo modello, chiamato 'In cerca di sicurezza', integra interventi supportati da evidenza per il PTSD e per l'abuso di sostanze e focalizza sul mettersi al sicuro nel momento presente.

Raccomandazione 6: Le psicoterapie focalizzate sul trauma dovrebbero essere considerate trattamenti di prima scelta per i bambini e gli adolescenti con PTSD (SM).

Tra le psicoterapie, c'è convincente prova che nella risoluzione dei sintomi di PTSD quelle focalizzate sul trauma, cioè che specificamente si occupano delle esperienze traumatiche del bambino, siano superiori alle terapie non specifiche o non direttive. Questo appare confermato in tutto lo spettro evolutivo dai bambini in età prescolare fino agli adolescenti, e per quanto riguarda tutti gli orientamenti teorici delle psicoterapie, come quella su modello psicoanalitico, dell'attaccamento, e cognitivo comportamentale. [63 rct, 63 rct, 65, rct] L'importanza di affrontare direttamente le esperienze traumatiche del bambino acquista senso se consideriamo i sintomi di PTSD: ci possiamo attendere che i bambini cerchino di evitare di parlare di temi correlati al trauma se colgono di averne la possibilità, come nei modelli di terapia non direttivi. Questo esito è stato osservato in uno studio che mette a confronto sedute di terapia centrata sul bambino con un trattamento focalizzato sul trauma: infatti i bambini nella terapia centrata sul bambino raramente citano spontaneamente le personali esperienze traumatiche. [63, rct] Tempi e gradualità delle terapie focalizzate sul trauma sono guidati in parte dalle risposte dei bambini che i terapeuti e i genitori monitorano durante il corso del trattamento. Un

peggioramento clinico può suggerire la necessità di rafforzare il controllo delle componenti precedenti del trattamento attraverso una varietà di interventi, piuttosto che abbandonare l'approccio focalizzato sul trauma. Tra le psicoterapie centrate sul trauma la terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT) [66] la migliore conferma sperimentale per il trattamento del PTSD infantile. La TF-CBT e un formato di gruppo analogo, il CBITS, Intervento Cognitivo Comportamentale per il Trauma nella Scuola, [67] sono stati confermati da numerosi studi randomizzati controllati per i bambini con PTSD, mettendoli a confronto con soggetti di controllo in lista d'attesa o inseriti in trattamenti alternativi. La psicoterapia genitori-bambino [68] combina elementi della TF-CBT con la teoria dell'attaccamento ed è stata sperimentata in uno studio randomizzato controllato. Un modello psicoanalitico focalizzato sul trauma [65] per bambini vittime di abuso sessuale è stato sperimentato in uno studio randomizzato controllato. Molti altri modelli sono in sviluppo e a vario stadio di verifica. Sulla base delle evidenze presentate, c'è crescente conferma per l'uso di psicoterapie centrate sul trauma che (1) affrontino direttamente le esperienze traumatiche dei bambini (2) che includano in qualche modo i genitori nel trattamento come importanti agenti di cambiamento e (3) che focalizzino non soltanto sul miglioramento dei sintomi ma anche sulla facilitazione del funzionamento, sulla resilienza, e/o sul percorso evolutivo.

TERAPIE COGNITIVO COMPORTAMENTALI

Nella TF-CBT il clinico tipicamente trasmette abilità di gestione dello stress in preparazione agli interventi basati sulla esposizione che hanno l'obiettivo di dare controllo sui riattivatori traumatici. Cohen et al. [66] descrivono le componenti comunemente proposte nella TF-CBT usando l'acronimo PRACTICE: *psicoeducazione* (per esempio, dare informazioni ai bambini e ai genitori circa il tipo di evento traumatico sperimentato dal bambino, o per esempio su quanti bambini hanno avuto esperienze simili, sulle possibili cause, ecc.; sulle comuni reazioni post traumatiche compreso il PTSD e sul trattamento TF-CBT); *competenze genitoriali* (per esempio, l'uso di efficaci interventi educativi come premi, attenzione positiva, attenzione selettiva, time out e procedure di rinforzo nelle emergenze; *tecniche di rilassamento* (focalizzazione sul respiro, rilassamento muscolare progressivo e altra attività di rilassamento personalizzate per invertire le manifestazioni fisiologiche dello stress traumatico); *abilità di modulazione affettiva* (identificazione della sensazione; uso di un positivo dialogo interno, interruzione del pensiero e immaginazione positiva; facilitare la sicurezza, la risoluzione dei problemi e le competenze sociali; riconoscere e autoregolare gli stati affettivi negativi); *affrontare ed elaborare cognitivamente* (riconoscere le connessioni tra pensieri, sensazioni e comportamenti; cambiare i pensieri imprecisi e inutili per la regolazione affettiva); *narrativa del trauma* (creare una narrazione delle esperienze traumatiche del bambino, correggere le distorsioni cognitive circa queste esperienze e inquadrarle nel contesto generale della vita del bambino); *padronanza dal vivo degli elementi che ricordano il trauma* (progressiva esposizione agli stimoli temuti); *sedute congiunte genitori-bambino* (sedute congiunte in cui il bambino condivide la narrazione del trauma con i genitori e vengono affrontati altri temi familiari); facilitare la futura sicurezza e lo sviluppo (affrontare le preoccupazioni relative alla sicurezza circa la prevenzione di futuri traumi, ritorno a un percorso evolutivo normale). Differenti forme di interventi di TF-CBT usano diverse combinazioni e proporzioni di queste componenti del modello PRACTICE, a seconda della popolazione target e del tipo di trauma.

La TF-CBT è il protocollo CBT più largamente usato per PTSD e più standardizzato sulla base della ricerca. [66, 69] La TF-CBT è stata definita "supportata ed efficace" sulla base di criteri di validità empirica. [70] La TF-CBT è stata indicata per bambini con PTSD accompagnato da depressione, ansia e altre difficoltà connesse al trauma come vergogna e autobiasimo. La TF-CBT è tipicamente una forma di terapia individuale per i bambini e per i genitori non abusanti, anche se può essere applicata anche in formati di gruppo. La TF-CBT è stata testata in numerosi studi randomizzati controllati includendo più di 500 bambini tra 3 e 17 anni e ha mostrato un miglioramento clinicamente significativo se confrontato a un usuale trattamento di comunità [55 rct], a terapia supportiva non direttiva [56 rct, 71 rct], a terapia centrata sul bambino [63] e a soggetti di controllo in lista d'attesa [72rct]. I vantaggi ottenuti con il trattamento sono mantenuti al follow-up a distanza di un anno in parecchi di questi studi [75, 76]. La TF-CBT è stata adattata ai giovani Ispanici e alle famiglie di Nativi americani [78]. La TF-CBT è stata utilizzata in spagnolo e in inglese dopo gli attacchi terroristici dell'11 settembre 2001 ed è stata efficace nel ridurre i sintomi di PTSD [79 rct]. La TF-CBT è stata anche adattata per il lutto traumatico dei bambini, una condizione emergente in cui i bambini perdono i loro cari in circostanze traumatiche. Due studi sperimentali di questo adattamento del modello di trattamento hanno

mostrato di produrre significativo miglioramento nei sintomi di PTSD e di lutto traumatico nei bambini. [80 ut, 81 ut].

Il protocollo CBT di gruppo più studiato per il PTSD nell'infanzia è il CBITS (Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools). Il CBITS include tutte le componenti del modello PRACTICE sopra descritto, con l'eccezione della componente relativa ai genitori, che è limitata e opzionale nel CBITS. Questo modello fornisce anche una componente relativa all'insegnante per informare educativamente gli insegnanti circa il potenziale impatto del trauma sul comportamento e sull'apprendimento della classe. Il CBITS è utilizzato in formato di gruppo in contesto scolastico (cioè, le sedute di terapia di gruppo sono tenute nella scuola, ma non nell'orario scolastico). La componente di narrazione del trauma è tipicamente applicata durante sedute individuali "di sfogo" durante le quali ogni bambino incontra da solo il suo abituale terapeuta di gruppo. Il CBITS è stato testato in due studi con bambini esposti a violenza di comunità. Stein et al. [67 rct] hanno documentato che il CBITS era superiore a una condizione di lista d'attesa nel ridurre il PTSD e la depressione. Anche Kataoka et al. [82 ct] hanno trovato che i bambini assegnati alla CBITS miglioravano più dei bambini assegnati alla lista d'attesa, questo gruppo di soggetti era costituito da bambini Latini immigrati.

In Cerca di Sicurezza [61] è un protocollo CBT standardizzato individuale e di gruppo per PTSD e disturbi da uso di sostanze in comorbidità, che comporta interventi sequenziali per la modulazione affettiva, la riduzione del rischio di abuso di sostanze ed elaborazione cognitiva specifica per il trauma. In cerca di Sicurezza è superiore al trattamento abituale in uno studio su un piccolo gruppo pilota randomizzato controllato di ragazze adolescenti con PTSD e disturbo da uso di sostanze [62 rct].

Numerosi altri protocolli CBT standardizzati per bambini e adolescenti con PTSD vengono correntemente utilizzati e/o valutati. La UCLA (University of California, Los Angeles) Trauma and Grief Component Therapy è un intervento individuale o di gruppo mirato ad adolescenti che usa la CBT insieme ad altre componenti di provata evidenza per alleviare il PTSD e il lutto traumatico e per ripristinare il progresso evolutivo. Si è riscontrato che diminuisce il PTSD, il lutto traumatico e i sintomi depressivi in uno studio su adolescenti bosniache [83 ct]. In un secondo studio che utilizza questo modello, adolescenti esposti a violenza di comunità hanno sperimentato sollievo dai sintomi di PTSD [84 ut]. Questo modello ha anche confermato la sua efficacia nel ridurre i sintomi di PTSD di bambini esposti a terrorismo [79 ct]. La TF-CBT individuale con il bambino ha mostrato superiorità rispetto a soggetti in lista d'attesa nel diminuire i sintomi di PTSD dopo un singolo episodio traumatico [85 rct]. Un modello di trattamento basato su un intervento cognitivo e di terapia familiare, Surviving Cancer Competently Intervention Program, che è fornito in quattro sedute di gruppo e familiari in un singolo giorno agli adolescenti sopravvissuti al cancro, è stato riscontrato superiore ai controlli in lista d'attesa nel diminuire i sintomi di ipervigilanza [86 rct].

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) è un trattamento efficace per il PTSD negli adulti ma la maggioranza degli studi randomizzati controllati relativi all'EMDR con bambini hanno avuto serie critiche metodologiche. Uno studio randomizzato controllato ha mostrato che un protocollo EMDR adattato ai bambini dava risultati migliori che la lista d'attesa nell'alleviare i sintomi di riattivazione traumatica per bambini svedesi [87 rct]. I ricercatori hanno notato che esistono "parecchie differenze" tra le tecniche e le componenti dell'EMDR per i bambini e per gli adulti. I ricercatori hanno affermato che "la similarità della tecnica strutturata EMDR e delle sue componenti ai principi della psicoterapia cognitiva è impressionante Il carattere cognitivo dell'EMDR lo rende adatto per l'applicazione ai bambini". A causa di questa descrizione, l'EMDR è incluso nella categoria degli interventi CBT.

PSICOTERAPIE PSICODINAMICHE FOCALIZZATE SUL TRAUMA

La psicoterapia psicodinamica centrata sul trauma hanno l'obiettivo di promuovere la coerenza della personalità, un sano sviluppo e risolvere con successo i sintomi traumatici [88]. Nei bambini più piccoli, questi trattamenti hanno fatto leva sulla relazione genitore-bambino per affrontare le situazioni traumatiche in cui il genitore (tipicamente la madre) era vittima del trauma (per esempio, nella violenza domestica) o era così traumatizzata personalmente o emotivamente compromessa dall'esperienza da essere incapace di sostenere l'evoluzione del bambino. Per i bambini più grandi le terapie psicodinamiche focalizzate sul trauma danno una opportunità di mobilitare capacità cognitive più mature, di oggettivare e spiegare i sintomi, di identificare i fattori che portano a ricordare il trauma, di identificare i fattori ambientali che possono complicare la guarigione – specialmente le interazioni che aumentano l'esperienza regressiva – e di rendere più espliciti i modi in cui la paura e l'impotenza sovraccaricanti della situazione traumatica remano contro le spinte appropriate all'età per capacità di azione, competenza e autoefficacia. La natura relativamente poco strutturata delle sedute

può contribuire per gli adolescenti al recupero di un *locus of control* interno andato perduto durante l'esposizione a eventi traumatici incontrollabili [88].

La psicoterapia genitore-bambino è un modello di trattamento per bambini piccoli (fino ai 7 anni) che hanno sperimentato un trauma familiare come la violenza domestica [68]. Comprende le seguenti componenti: strutturare un comportamento protettivo appropriato, assistere il genitore nell'interpretare accuratamente le sensazioni e le azioni del bambino, fornire una comunicazione empatica nell'intervento di crisi, e una concreta assistenza con i problemi del quotidiano, sviluppare una narrazione congiunta genitore-bambino del trauma familiare e correggere le distorsioni cognitive sul punto e interventi per affrontare il lutto traumatico. Come risulta chiaro da questa descrizione, questo modello di trattamento non è facilmente caratterizzato come uno specifico tipo di terapia; piuttosto comprende elementi di trattamenti psicodinamici, cognitivo comportamentali, apprendimento sociale e dell'attaccamento.

La psicoterapia genitore-bambino si esegue con sedute congiunte genitore-bambino. Questo modello è stato testato in uno studio randomizzato controllato per bambini tra 3 e 5 anni esposti a violenza del marito sulla moglie e si è rivelato più efficace del trattamento individuale unito alla gestione del caso nel diminuire il PTSD del bambino e i problemi di comportamento [64 rct]. Il miglioramento nei problemi comportamentali si è mantenuto al follow-up a 6 mesi; i sintomi di PTSD del bambino non sono stati valutati al follow-up per problemi di fondo [89 rct]. La psicoterapia genitore-bambino è stata adattata per bambini piccoli con lutto traumatico [90] ed è ancora in valutazione in uno studio aperto per questa popolazione.

Trowell et al. [65 rct] hanno riscontrato che la psicoterapia individuale psicoanalitica che affronta i temi correlati all'abuso sessuale era superiore a gruppi psicoeducativi nel ridurre i sintomi di PTSD in bambini e adolescenti abusati sessualmente. Sebbene il numero totale di ore impiegate nelle due condizioni fosse equivalente (i gruppi psicoeducativi duravano un'ora e mezza, mentre le sedute di psicoterapia individuale duravano un'ora) i ricercatori non chiariscono se la durata del trattamento fosse equivalente nelle due condizioni (il numero medio di sedute psicoanalitiche individuali era 30 e il numero medio delle sedute di psicoeducazione era 18).

Raccomandazione 7: I farmaci SSRI possono essere considerati per il trattamento dei bambini e degli adolescenti con PTSD (OP).

Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina sono approvati per gli adulti sofferenti di PTSD e sono gli unici farmaci che dimostrano di far diminuire efficacemente i sintomi in tutti e tre i gruppi di sintomi in adulti con PTSD. [91-95]. Ci sono importanti differenze tra adulti e bambini riguardo alla fisiologia e alle manifestazioni del PTSD [94] che possono avere conseguenze differenziate circa l'uso e l'efficacia dei farmaci in questa fascia d'età. La storia dell'uso degli antidepressivi con i bambini [95] (cioè, i risultati preliminari più tardi vennero riconosciuti largamente attribuibili all'effetto placebo) dà una dimostrazione del perché i clinici dell'infanzia dovrebbero essere cauti nel basare le decisioni di trattamento sulla letteratura che riguarda gli adulti, e del perché occorrono molti studi sperimentali sui farmaci per i bambini con PTSD. Un recente studio sul trattamento per PTSD acuto, che coinvolge più di 6000 partecipanti adulti, ha mostrato che quelli che hanno aderito al trattamento farmacologico hanno significativamente peggiorato i sintomi di PTSD rispetto a quelli che hanno accettato di ricevere una psicoterapia [34]. Evidenze preliminari hanno suggerito che gli SSRI possono essere benefici nel ridurre i sintomi di PTSD nel bambino. Seedat et al. [96 ut] hanno confrontato il tasso di miglioramento tra un gruppo di 24 tra bambini e adolescenti e un gruppo di 14 adulti trattati con citalopram tra 20 e 40 mg/die; hanno dimostrato miglioramenti equivalenti nei due gruppi. Uno studio turco sperimentale 'in aperto' sulla fluoxetina ha mostrato efficacia nel migliorare i sintomi di PTSD correlati a un terremoto in 26 partecipanti tra 7 e 17 anni [97].

Due recenti studi randomizzati hanno valutato l'efficacia dei farmaci SSRI per trattare il PTSD in bambini e adolescenti. Il primo non ha trovato alcuna superiorità della sertralina sul placebo in 67 bambini con iniziale diagnosi di PTSD, sebbene ambedue i gruppi avessero sperimentato un significativo miglioramento facendo pensare a un forte effetto placebo [98 rct]. Il secondo studio ha confrontato un trattamento TF-CBT con aggiunta di sertralina con la stessa psicoterapia con aggiunta di placebo per 24 ragazzi tra i 10 e i 17 anni con sintomi di PTSD correlati ad abuso sessuale [99 rct]. Tutti i ragazzi sono migliorati significativamente senza differenze gruppo-tempo tranne che nel punteggio del Children's Global Assessment Scale. Questo studio conclude che sebbene cominciare il trattamento combinando sertralina e TF-CBT possa essere di beneficio per alcuni bambini, è generalmente preferibile cominciare con la sola TF-CBT e aggiungere un farmaco SSRI solo se la gravità dei sintomi del bambino o la mancata risposta suggerisca la necessità di un intervento ulteriore.

I bambini con un disturbo depressivo maggiore in comorbidità, con un disturbo d'ansia generalizzata, con un disturbo ossessivo-compulsivo o altri disturbi di cui è nota la risposta al SSRI possono trarre beneficio dall'aggiunta più precoce del SSRI al trattamento. Più del 60% dei partecipanti allo studio che ha impiegato la TF-CBT più la sertralina [99] aveva un disturbo depressivo maggiore in comorbidità, e ancora i risultati non indicano chiaramente se il beneficio dell'aggiunta di sertralina riguarda il miglioramento degli indicatori di PTSD o della depressione.

Dati recenti hanno prospettato qualche rischio associato ai farmaci SSRI [100, 101]. In più, gli SSRI possono essere eccessivamente attivanti in alcuni bambini e portare a irritabilità, cattiva qualità del sonno o distrazione; poiché questi sono i sintomi della componente di ipervigilanza del PTSD, gli SSRI possono non essere i farmaci ottimali per questi bambini. In queste circostanze potrebbe essere necessario considerare opzioni alternative di farmaci psicotropi. Sulla base delle informazioni di cui sopra, ci sono dati insufficienti per supportare l'uso dei soli SSRI (cioè in assenza di psicoterapia) per il trattamento del PTSD nell'infanzia.

Raccomandazione 8: Farmaci diversi dagli SSRI possono essere presi in considerazione per bambini e adolescenti con PTSD (OP).

Algoritmi e linee guida per il trattamento di adulti con PTSD suggeriscono che gli SSRI possono essere raccomandati per questi pazienti come una monoterapia farmacologica; agenti antiadrenergici come la clonidina e il propranololo possono essere utili nel ridurre i sintomi di ipereccitazione e di riattivazione; anti convulsivi possono essere promettenti per trattare i sintomi di PTSD diversi dall'evitamento; le benzodiazepine non sono state trovate vantaggiose nel trattare i sintomi specifici di PTSD [102, 103].

Qualche evidenza derivata da studi clinici 'in aperto' ha suggerito che farmaci diversi dagli SSRI possono essere utili per ragazzi con sintomi di PTSD. Questi includono agenti adrenergici alfa e beta bloccanti, nuovi principi attivi antipsicotici, antidepressivi non SSRI, stabilizzanti dell'umore e oppiacei. Robert et al. [104 rct] hanno assegnato casualmente bambini ospedalizzati con Disturbo Acuto da Stress per ustioni a ricevere imipramina o idrato di cloro. Questo studio ha dimostrato che dopo 6 mesi i bambini che avevano ricevuto imipramina avevano significativamente meno probabilità di sviluppare un PTSD rispetto a quelli che avevano ricevuto idrato di cloro. Comunque, sulla base della preoccupazione circa rari ma seri effetti collaterali cardiaci, gli antidepressivi triciclici non sono raccomandati come intervento preventivo di prima scelta per il PTSD nei bambini. Saxe et al. [105 rct] hanno condotto su bambini ospedalizzati per ustioni acute uno studio osservativo della relazione tra il dosaggio di morfina e successivo sviluppo di PTSD e hanno trovato che, a parità di esperienza soggettiva di dolore, c'era una significativa associazione lineare tra il dosaggio medio di morfina (mg/kg/die) e la riduzione dopo 6 mesi nei sintomi di PTSD.

C'è qualche evidenza della presenza maggiore di dopamina nei bambini e negli adulti con PTSD [16], che si ritiene contribuisca alle caratteristiche persistenti e generalizzate della paura nel PTSD. Agenti che bloccano la dopamina come i neurolettici possono quindi ridurre taluni sintomi di PTSD. Uno studio 'in aperto' sul risperidone ha portato la remissione di gravi sintomi di PTSD in 13 ragazzini su 18 [106 ut]. Questi bambini avevano alte percentuali di sintomi in comorbidità che ci si poteva aspettare che rispondessero positivamente al risperidone; per esempio, l'85% aveva anche un ADHD e il 35% aveva un disturbo bipolare.

C'è anche evidenza di un tono e di una risposta adrenergici aumentati nei bambini con PTSD [15]. Sia gli agenti antiadrenergici alfa che beta bloccanti sono stati usati con qualche successo in bambini con sintomi di PTSD. La clonidina in due studi 'in aperto' su bambini con PTSD ha provocato la riduzione della frequenza cardiaca, e dei sintomi di ansia, impulsività e ipereccitazione. [107 ut, 108 ut]. In uno studio analitico su un caso, il trattamento con clonidina ha migliorato il sonno e aumentato l'integrità neurale del cingolato anteriore [109 cs]. Il propranololo in uno studio 'in aperto' ha ridotto i sintomi di riattivazione e di ipereccitazione in bambini con sintomi di PTSD [110 ut].

Anche l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è disregolato nei bambini con PTSD, in modi complessi. Questo fa pensare a un potenziale meccanismo per futuri interventi farmacologici, per esempio attraverso l'uso di antagonisti degli ormoni a rilascio di corticotropina [103 p 97]. Comunque non sono state condotte a oggi sperimentazioni di questi farmaci sui bambini.

Raccomandazione 9: Il piano di trattamento può considerare adattamenti che tengano conto del contesto scolastico (OC).

I bambini con significativi sintomi di PTSD possono avere un insoddisfacente funzionamento scolastico. Questo è spesso dovuto all'ipervigilanza nei confronti di minacce ambientali reali o percepite come tali e ci può essere un aspetto particolare se i fattori che ricordano il trauma sono presenti nell'ambito scolastico. Un esempio di un fattore relativo al contesto scolastico potrebbe essere una violenza sessuale o atti di bullismo che sono avvenuti a scuola, specie se il perpetratore frequenta ancora la stessa scuola. Un altro esempio di riattivatore traumatico legato al contesto scolastico è rappresentato da una scuola in New Orleans prospiciente un argine che era stato rotto dall'alluvione seguita all'uragano Katrina, con conseguente distruzione delle case. I bambini che frequentavano questa scuola dovevano fronteggiare ogni giorno cose che inevitabilmente ricordavano loro il trauma originale.

Sebbene si debba fare ogni ragionevole sforzo per assistere i bambini nel superare l'evitamento di fattori che possono ricordare il trauma ma sono innocui (cioè persone, posti o situazioni che sono di per sé innocui o sicuri, che sembrano spaventose al bambino soltanto per la paura invasiva), i bambini dovrebbero anche essere protetti ogni volta che è possibile da minacce o pericoli che realisticamente ancora continuano. I bambini che stanno sperimentando un significativo fallimento scolastico connesso ai riattinatori traumatici possono trarre beneficio da adattamenti fino ad includere lo spostamento in una scuola alternativa dove i fattori che ricordano il trauma non sono presenti. Questo è vero specialmente se è in questione la sicurezza, per esempio se i perpetratori della violenza interpersonale e/o i loro compagni continuano a molestare il bambino vittima.

Raccomandazione 10: L'uso di terapie "Rebirthing" e altre tecniche che legano, coartano, negano cibo o acqua, o sono in altro modo coercitive non sono approvate (NA).

Terapie restrittive come il "rebirthing" o l'"holding" che forzatamente legano, coartano, negano cibo o acqua, o sono in altro modo coercitive sono state usate per i bambini che hanno sperimentato grave e precoce trauma nell'infanzia o perdite. Spesso questi bambini hanno ricevuto diagnosi più gravi, come disturbo reattivo dall'attaccamento, piuttosto che PTSD. Non c'è evidenza empirica per sostenere l'efficacia di questi trattamenti, e in qualche caso questi interventi hanno portato a gravi ferite o morte [111]. Questi interventi quindi non sono approvati.

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

Raccomandazione 11: Dopo eventi traumatici che coinvolgono un numero significativo di bambini dovrebbero essere condotte valutazioni per sintomi di PTSD nel contesto scolastico o di comunità (OC).

Dopo eventi che coinvolgono la comunità che hanno il potenziale di traumatizzare un gran numero di bambini, condurre valutazioni per PTSD in contesto scolastico o in altri contesti dove i bambini abitualmente si raccolgono è importante per la prevenzione secondaria e l'identificazione precoce. Tipicamente questi sforzi valutativi non avvengono nell'immediato (cioè nelle prime 4 settimane) dopo un trauma collettivo a causa di una varietà di fattori, compreso il fatto che i servizi usuali sono spesso distrutti da questo tipo di eventi; gli adulti (inclusi insegnanti e dirigenti scolastici sono stati anche sfollati, colpiti da lutti, e/o traumatizzati), e le scuole di solito non sono attivamente pronte per questo sforzo valutativo [112]. Lo screening idealmente dovrebbe cominciare dopo circa una mese stando ai dati empirici su cui c'è consenso per cui la grande maggioranza dei sintomi che perdureranno come PTSD cominciano immediatamente, e quelli che sperimentano una naturale guarigione lo faranno all'incirca nel primo mese. Esistono modelli per un efficace screening generalizzato in contesto scolastico dopo disastri collettivi [39] e per fornire un trattamento nella scuola [113]. Poiché i sintomi possono non svilupparsi immediatamente e il PTSD non è il solo disturbo che i bambini sviluppano dopo esposizione al trauma, ha senso valutare i bambini anche per fattori di rischio noti connessi allo sviluppo di problemi di salute mentale e fornire un follow-up per i bambini a maggiore rischio di sviluppare sequele negative di salute mentale. Interventi di gruppo nella scuola o in altri contesti comunitari possono garantire un trattamento precoce efficace per i bambini con sintomi di PTSD. L'adattamento di interventi a partire dai protocolli CBT per rispondere ai bisogni di popolazioni diverse e tenendo in conto i limiti delle risorse della comunità, inclusi i giovani delle minoranze cittadine, possono rendere accessibili trattamenti confermati da evidenze. Ciò è stato compiuto dopo l'attacco terroristico dell'11 settembre attraverso il Project Liberty. Una TF-CBT e la UCLA Trauma and Grief Component Therapy sono state applicate a più di 500 bambini, nella maggioranza pluritraumatizzati, di diversi gruppi etnici, in inglese e in spagnolo in una varietà di contesti comunitari, scolastici e affiliati alle università, in formati di gruppo,

familiari e individuali. I risultati indicano che questo approccio è stato efficace nel diminuire i sintomi di PTSD dei bambini, e che i clinici riescono a usare trattamenti di provata efficacia con fedeltà. I programmi che favoriscono la resilienza nei ragazzi sono stati testati sul piano internazionale per “immunizzare” proattivamente i bambini contro gli affetti potenzialmente negativi degli eventi traumatici [114].

LIMITI DELLE LINEE GUIDA

Le Linee guida della American Academy of Child and Adolescent Psychiatry sono sviluppate per assistere i clinici nelle decisioni in campo psichiatrico. Queste Linee guida non hanno lo scopo di definire standard di cura e non bisogna considerarle come inclusive di tutti i metodi di cura appropriati o intenzionate ad escludere altri metodi di cura diretti ad ottenere i risultati auspicati. Il giudizio ultimo circa la cura di un particolare paziente deve essere emesso dal clinico alla luce di tutte le circostanze presentate dal paziente e dalla sua famiglia, delle opzioni utilizzabili di diagnosi e trattamento e delle risorse disponibili.

Accepted December 22, 2009.

This Parameter was developed by Judith A. Cohen, M.D., primary author and the Work Group on Quality Issues: Oscar Bukstein, M.D., M.P.H., and Heather Walter, M.D., M.P.H., Co-chairs; and R. Scott Benson, M.D., Allan Chrisman, M.D., Tiffany R. Farchione, M.D., John Hamilton, M.D., Helene Keable, M.D., Joan Kinlan, M.D., Ulrich Schoettle, M.D., Matthew Siegal, M.D., and Sandra Stock, M.D. AACAP Staff: Jennifer Medicus. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Practice Parameters are developed by the AACAP Work Group on Quality Issues (WGQI) in accordance with American Medical Association policy. Parameter development is an iterative process among the primary author(s), the WGQI, topic experts, and representatives from multiple constituent groups, including the AACAP membership, relevant AACAP components, the AACAP Assembly of Regional Organizations, and the AACAP Council. Responsibility for Parameter content and review rests with the author(s), the WGQI, the WGQI Consensus Group, and the AACAP Council.

The AACAP develops patient-oriented and clinician-oriented Practice Parameters. Patient-oriented Parameters provide recommendations to guide clinicians toward best treatment practices. Recommendations are based on empirical evidence (when available) and clinical consensus (when not) and are graded according to the strength of the empirical and clinical support. Clinician-oriented Parameters provide clinicians with the information (stated as principles) needed to develop practice-based skills. Although empirical evidence may be available to support certain principles, principles are primarily based on expert opinion derived from clinical experience. This Parameter is a patient-oriented Parameter.

The primary intended audience for the AACAP Practice Parameters is child and adolescent psychiatrists; however, the information contained therein may also be useful for other mental health clinicians.

The authors wish to acknowledge the following experts for their contributions to this Parameter: Lisa Amaya-Jackson, M.D., M.P.H., Michael Debellis, M.D., M.P.H., Anthony Mannarino, Ph.D., Frank Putnam, M.D., Robert Pynoos, M.D., M.P.H., and Michael Scheeringa, M.D., M.P.H.

This Parameter was reviewed at the Member Forum at the AACAP Annual Meeting in October 2007. From February 2009 to September 2009, this Parameter was reviewed by a Consensus Group convened

by the WGQI. Consensus group members and their constituent groups were Heather Walter, M.D., M.P.H., Scott Benson, M.D., Sandra Stock, M.D., and Allan Chrisman, M.D. (WGQI); Anthony Mannarino, Ph.D., and Michael Scheeringa, M.D., M.P.H. (topic experts); Nancy Black, M.D. (AACAP Disaster and Trauma Issues Committee), and Efrain Bleiberg, M.D. (AACAP Psychotherapy Committee); Jeanne Bereiter, M.D., Gail Edelson, M.D., and Susan Scherer, M.D. (AACAP Assembly of Regional Organizations); and Kenneth Rogers, M.D., Yiu Kee Warren Ng, M.D., and Paramjit Joshi, M.D. (AACAP Council).

Disclosures of potential conflicts of interest for authors, WGQI chairs, and expert reviewers are provided below. Disclosures of potential conflicts of interest for all other individuals named above are provided on the AACAP Web site on the Practice Information page.

This Practice Parameter was approved by the AACAP Council on October 7, 2009. This practice parameter is available on the Internet (www.aacap.org).

Disclosures: Dr. Cohen receives funding from the National Institute of Mental Health, the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and book royalties from Guilford Press. Dr. Bukstein, co-chair, receives or has received research support, acted as a consultant, and/or served on a speaker's bureau for McNeil Pediatrics and Novartis Pharmaceuticals Corporation. Dr. Walter, co-chair, has no financial relationships to disclose. Dr. Amaya-Jackson receives or has received research support from the Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Dr. De Bellis receives or has received research support from the National Institutes of Health. Dr. Mannarino receives or has received research support from the National Institutes of Health and the Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

He has a book published with Guilford Press. He is a section president of the American Psychological Association. Dr. Putnam serves as a trustee of the Ohio Children's Trust Fund. He has no financial relationships to disclose. Robert Pynoos has no financial relationships to disclose. Dr. Scheeringa has no financial relationships to disclose.

Correspondence to the AACAP Communications Department, 3615 Wisconsin Ave., NW, Washington, DC, 20016. 0890-8567/10/©2010 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry DOI: 10.1016/j.jaac.2009.12.020

BIBLIOGRAFIA

1. Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *J Trauma Stress*. 2002;15(2):99-112.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of

children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(suppl):4S-26S.

3. Aaron J, Zaglu H, Emery R. Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *J Pediatr Psychol*. 1999;24(4): 335-343.

4. Rothbaum B, Foa E, Riggs D. A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):455-475.

5. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060.
6. Sinclair E, Salmon K, Bryant R. The role of panic attacks in acute stress disorder in children. *J Trauma Stress*. 2007;20(6): 1069-1073.
7. Pfefferbaum B, Stuber J, Galea S, Fairbrother G. Panic reaction to terrorist attacks and probable posttraumatic stress disorder in adolescents. *J Trauma Stress*. 2006;19(2):217-228.
8. Litz BT, Gray MJ. Early intervention for trauma in adults: a framework for first aid and secondary prevention. In: Litz BT, ed. *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss*. New York: Guilford Press; 2004:87-111.
9. Stallard P, Velleman R, Salter E, Howse I, Yule W, Taylor G. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(2):127-134.
10. Briere J, Spinazzola J. Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *J Trauma Stress*. 2005; 18(5):401-412.
11. Kilpatrick DG. A special section on complex trauma and a few thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness, and safety. *J Trauma Stress*. 2005;18(5): 379-384.
12. Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA, Zeanah CH. Toward establishing procedural criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;40(1):52-60.
13. Bryant B, Mayou R, Wiggs L, Ehlers A, Stores G. Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychol Med*. 2004;34(2):335-346.
14. Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP, Zeanah CH. Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptoms in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):644-651.
15. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T. The PTSD diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*. 2008;165(10):1326-1337.
16. De Bellis MD, Keshevan MS, Clark DB *et al*. Developmental traumatology, part II: brain development. *Biol Psychiatry*. 1999; 45(10):1271-1284.
17. Saigh PA, Mroveh M, Bremner JD. Scholastic impairments among traumatized adolescents. *Behav Res Ther*. 1997;35(5):429-436.
18. Diamond T, Muller RT, Rondeau LA, Rich JB. Relationships among PTSD symptomatology and cognitive functioning in adult survivors of child maltreatment. In: Columbus FH, ed. *Advances in Psychology Research*. Vol 5. Huntington, NY: Nova Science Publishers; 2001:253-279.
19. Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood; II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1365-1374.
20. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B *et al*. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(9):801-807.
21. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1490-1496.
22. Stiffman AR, Dore P, Earls FJ, Cunningham R. The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults. *J Nerv Ment Dis*. 92;180(5):314-320.
23. Warshaw MG, Fierman E, Pratt L *et al*. Quality of life and dissociation in anxiety disordered patients with histories of trauma or PTSD. *Am J Psychiatry*. 1992;150(10):1512-1516.
24. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(3):216-222.
25. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71(4):692-700.
26. Essau CA, Conradt J, Peterman F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord*. 2000;14(3):263-279.
27. Carrion VG, Weems CF, Ray R, Reiss AL. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(2):166-173.
28. Koplewicz HS, Vogel JM, Solanto MV *et al*. Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *J Trauma Stress*. 2002;15(1):77-85.
29. Kuterovic-Jagodic G. Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: a prospective study. *J Clin Psychol*. 2003;59(1):9-25.
30. La Greca A, Silverman WK, Vernberg EM, Prinstein MJ. Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *J Consul Clin Psychol*. 1996;64(4):712-723.
31. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosom Med*. 1999;61(6):746-754.
32. McFarlane A. Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987;26(5):764-769.
33. Scheeringa M, Zeanah C, Myers L, Putnam F. Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(9):899-906.
34. Shalev A, Freeman S, Adessky R, Watson P. Who needs care, who wants care, who is helped by early intervention: 5600 trauma survivors' results. Paper presented at: 22nd Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies; November 2006; Hollywood, CA.
35. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry*. 2002;51(7): 519-531.
36. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome in sexually abused preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1402-1410.
37. Laor N, Wolmer L, Mayes LC, Gershon A, Weitzman, R, Cohen DJ. Israeli preschool children under SCUDs: a 30-month followup. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(3):349-356.
38. Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP *et al*. Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(5):545-552.

39. Pfefferbaum B, Nixon SJ, Krug RS *et al.* Clinical needs assessment of middle and high school students following the 1995 Oklahoma City bombing. *Am J Psychiatry.* 1999;156(7):1069-1074.
40. Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkraband MLS *et al.* Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in Southern Thailand. *JAMA.* 2006; 296(5):549-559.
41. Caspi A, McClay J, Moffitt TE *et al.* Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science.* 2002;297(5582):851-854.
42. Finkelhor D, Hamby SL, Ormrod R, Turner H. The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse Negl.* 2005;29(4):383-412.
43. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB, Pynoos RS. The UCLA PTSD Reaction Index. *Curr Psychiatry Rep.* 2004;6(2):96-100.
44. Foa EB, Treadwell K, Johnson K, Feeny NC. The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol.* 2001;30(3):376-384.
45. Levendosky A, Huth-Bocks A, Semel M, Shapiro D. Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *J Interpers Violence.* 2002;17(2):150-164.
46. Dehon C, Scheeringa M. Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *J Pediatr Psychol.* 2005;31(4):431-435.
47. Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC).* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1996.
48. Gilbert A. *Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSC-YC)* [unpublished dissertation]. California School of Professional Psychology, Alliant University; 2003.
49. Nader KO, Krieger JA, Blake DD, Pynoos RS, Newman E, Weathers FW. *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for DSM-IV.* Los Angeles: National Center for PTSD and UCLA Trauma Psychiatry Program, Department of Psychiatry, UCLA School of Medicine; 1996.
50. 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 Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36(7):980-988.
51. Scheeringa M, Zeanah C, Myers L, Putnam F. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(5):561-570.
52. Axelson D, Birmaher B, Strober M *et al.* Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(10):1139-1148.
53. De Bellis MD, Burke L, Trickett PK, Putnam FW. Antinuclear antibodies and thyroid function in sexually abused girls. *J Trauma Stress.* 1996;9(2):369-378.
54. March JS. Combining medication and psychosocial treatments: an evidence based medicine approach. *Int Rev Psychiatry.* 2002;14(2):155-163.
55. Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat.* 1996;1(4):310-321.
56. Cohen JA, Mannarino AP. Interventions for sexually abused children: initial treatment findings. *Child Maltreat.* 1998;3(1):17-26.
57. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl.* 2000;24(7):983-994.
58. Dixon A, Howie P, Starling J. Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(8):798-806.
59. Ford JD, Racusin R, Ellis CG *et al.* Child maltreatment, other trauma exposure and posttraumatic symptomatology among children with oppositional disorder and attention deficit-hyperactivity disorders. *Child Maltreat.* 2000;5(3):205-217.
60. Lipschiz D, Rasmussen AM, Anyan W *et al.* Posttraumatic stress disorder and substance use in inner city girls. *J Nervous Mental Disease.* 2003;191(11):714-721.
61. Najavits LM. *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse.* New York: Guilford Press; 2002.
62. Najavits LM, Gallop RJ, Weiss RD. Seeking Safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorders: a randomized clinical trial. *J Behav Health Serv Res.* 2006;33(4): 453-463.
63. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer R. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuserelated PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(4):393-402.
64. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: Child Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(12):1241-1248.
65. Trowell J, Kolvin I, Weeranamthri T *et al.* Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *Br J Psychiatry.* 2002;160:234-247.
66. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents.* New York: Guilford Press; 2006.
67. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH *et al.* A mental health intervention for school children exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2003;290(5):603-611.
68. Lieberman AF, Van Horn P. *Don't Hit My Mommy! A Manual for Child-Parent Psychotherapy with Young Witnesses of Family Violence.* Washington, DC: Zero To Three Press; 2005.
69. Deblinger E, Heflin AH. *Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents: A Cognitive Behavioral Approach.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
70. Saunders BE, Berliner L, Hanson RF, eds. *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment.* Revised Report: April 26, 2004. National Crime Victims Research and Treatment Center. http://colleges.musc.edu/nvcv/resources_prof/OVC_guidelines04-26-04.pdf. Accessed March 19, 2008.
71. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(1):42-50.
72. King NJ, Tonge BJ, Mullen P *et al.* Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39(11): 1347-1355.
73. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment study of sexually abused preschool children: outcome during one year follow-

- up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1228-1235.
74. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: one year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl*. 2005;29(2):135-145.
75. Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. Two year follow up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse Negl*. 1999; 23(12):1371-1378.
76. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen, JA, Steer RA. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(12):1474-1484.
77. DeArellano MA, Waldrop AE, Deblinger E, Cohen JA, Danielson CK, Mannarino AP. Community outreach program for child victims of traumatic events: a community-based project for underserved populations. *Behav Modif*. 2005;29(1):130-155.
78. Bigfoot D. Indian Country Child Trauma Center, University of Oklahoma Health Sciences Center description. National Child Traumatic Stress Network Web site. http://www.ncetsnet.org/ncets/nav.do?pid!abt_ntwk#36. Accessed March 18, 2008.
79. Hoagwood KE, CATS Consortium. Impact of CBT for traumatized children and adolescents affected by the World Trade Center disaster. *J Clin Child Psychol*. In press.
80. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(10):1225-1233.
81. Cohen JA, Mannarino AP, Staron V. Modified cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG): a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(12):1465-1473.
82. Kataoka SH, Stein BD, Jaycox LH *et al*. A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(3):311-318.
83. Layne CM, Pynoos RS, Saltzman WR *et al*. Trauma/grief-focused group psychotherapy: school-based post-war intervention with traumatized Bosnian youth. *Group Dynamics Theory Res Pract*. 2001;5(4):277-290.
84. Saltzman WR, Pynoos RS, Layne CM, Steinberg AM, Aisenberg E. Trauma- and grief-focused intervention for adolescents exposed to community violence: results of a school-based screening and group treatment protocol. *Group Dynamics Theory Res Pract*. 2001;5(4):291-303.
85. Smith P, Yule W, Perrin S, Tranah T, Dalgleish T, Clark D. Cognitive behavior therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(8):1051-1061.
86. Kazak AE, Alderfer MA, Streisand R *et al*. Treatment of posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their families: a randomized clinical trial. *J Fam Psychol*. 2004;18(3):493-504.
87. Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007. doi:10.1007/s00787-007-0646-8.
88. Lieberman AF, Ippen CG, Marans S. Psychodynamic treatment of child trauma. In: Foa EB, Friedman MJ, Keane T, Cohen JA, eds. *Effective Treatments for PTSD*. 2nd ed. New York: Guilford Press; in press.
89. Lieberman AF, Ippen CG, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(8):913-918.
90. Lieberman AF, Compton NC, Van Horn P, Ippen CG. *Losing a Parent to Death in the Early Years: Guidelines for the Treatment of Traumatic Bereavement in Infancy and Early Childhood*. Washington, DC: Zero To Three Press; 2003.
91. Brady KT, Pearlstein T, Asnis GM *et al*. Double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder. *JAMA*. 2000;283(14):545-554.
92. Davidson JRT, Malik ML, Sutherland SM. Response characteristics to antidepressants and placebo in posttraumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996;12(6):291-296.
93. van der Kolk B, Dreyfuss D, Michaels M *et al*. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(12):517-522.
94. Cohen JA. Pharmacologic treatment of children. *Trauma Violence Abuse*. 2001;2(2):155-171.
95. Birmaher B, Ryan ND, Brent DA, Williamson DE, Kaufman J. Child and adolescent depression: a review of the last 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(12):1575-1583.
96. Seedat S, Stein DJ, Ziervogel C *et al*. Comparison of response to selective serotonin reuptake inhibitor in children, adolescents, and adults with PTSD. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2002; 12(1):37-46.
97. Yorbik O, Dikkatli S, Cansever A, Sohmen T. The efficacy of fluoxetine treatment in children and adolescents with posttraumatic stress disorder symptoms [in Turkish]. *Klin Psikofarmakol Bulteni*. 2001;11:251-256.
98. Robb A, Cueva J, Sporn J, Yang R, Vanderburg D. Efficacy of sertraline in childhood posttraumatic stress disorder [abstract P3.8]. In: *Scientific Proceedings*. Chicago, IL: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2008.
99. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):811-819.
100. Hammad TA. Results of the analysis of suicidality in pediatric trials of newer antidepressants. Presented at: US Food and Drugs Administration Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee and the Pediatric Advisory Committee; September 2004; Rockville, MD.
101. Mitka M. FDA alert on antidepressants for youth. *JAMA*. 2003;290(19):2534.
102. Alarcón RD, Glover S, Boyer W, Balon R. Proposing an algorithm for the pharmacological management of posttraumatic stress disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2000;12(4): 239-246.
103. Friedman MJ, Davidson JRT, Mellman TA, Southwick SM. Pharmacotherapy. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, eds. *Effective Treatment for PTSD*. New York: Guilford Press; 2000:84-105.
104. Robert R, Blakeney PE, Villarreal C, Rosenberg L, Meyer WJ III. Imipramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(7):873-880.
105. Saxe G, Stoddard F, Courtney D *et al*. Relationship between acute morphine and the course of PYSD in children with burns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(10):915-921.
106. Horrigan JP, Barnhill LJ. Risperidone and PTSD in boys. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11:126-127.

107. Harmon RJ, Riggs PD. Clinical perspectives: clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(9):1247-1249.
108. Perry BD. Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children. In: Murburg MM, ed. *Catecholamine Function in Posttraumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994:223-255.
109. De Bellis MD, Keshevan MS, Harenski KA. Case study: anterior cingulate N-acetylaspartate concentrations during treatment of a maltreated child with PTSD. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2001;11:311-316.
110. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: a pilot study. *Am J Dis Child*. 1988;142(11):1244-1247.
111. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(11):1206-1219.
112. Cohen JA. Early mental health interventions for trauma and traumatic loss in children and adolescents. In: Litz BT, ed. *Early Interventions for Trauma and Traumatic Loss*. New York: Guilford Press; 2004:131-146.
113. Chemtob CM, Nakashima JP, Hamada RS. Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(3):211-216.
114. Macy RD, Macy DJ, Gross S, Brighton P. *Save the Children Basic Training for the 9-Session CBI: A Psychosocial Trauma Informed Structured Intervention for Youth Facing Life Threat and Other Extreme Traumatic Stress Exposures*. Boston: Center for Trauma Psychology; 1999.