



CISMAI

COORDINAMENTO ITALIANO DEI SERVIZI
CONTRO IL MALTRATTAMENTO E L'ABUSO ALL'INFANZIA

VII CONGRESSO NAZIONALE

**STATI GENERALI 2017
SUL MALTRATTAMENTO
ALL'INFANZIA IN ITALIA**

con il patrocinio di:



Ministero della Salute



*Autorità Garante
per l'Infanzia e l'Adolescenza*

Regione Emilia-Romagna



Comune di Bologna



Consiglio Nazionale
Ordine Psicologi



**ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI**
Consiglio Nazionale



COLTIVARE E PROMUOVERE CONTESTI SICURI PER BAMBINI E RAGAZZI
Nuove traiettorie per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento

10-11 FEBBRAIO 2017 Savoia Hotel Regency Via del Pilastro 2 **BOLOGNA**

www.cismai.it

La terapia nell'abuso all'infanzia: facciamo il punto

Marinella Malacrea



COLTIVARE E PROMUOVERE CONTESTI SICURI PER BAMBINI E RAGAZZI
Nuove traiettorie per la prevenzione e il contrasto del maltrattamento

10-11 FEBBRAIO
2017 BOLOGNA



James Rhodes

Le variazioni

del dolore

Einaudi, 2014

Credetemi, io non vorrei essere attanagliato da questo groviglio lamentoso di autocommiserazione e odio per me stesso.

Lo so.

Chi vorrebbe essere così? Figuriamoci ammetterlo.

Vorrei essere umilissimo. Rendere un servizio alla musica, al mondo e ai meno fortunati di me.

Essere la testimonianza del fatto che gli orrori si possono sopportare e superare. Aiutare, essere generoso, crescere e prosperare.

Sentirmi leggero, libero, equilibrato e sorridere tanto.

*Ma ho più possibilità di scoparmi Rihanna.
In sostanza sono così arrabbiato perché so
che in questa vita non c'è niente e nessuno
che possa aiutarmi a uscirne completamente.
Né parenti né mogli né fidanzate né strizza
cervelli né iPad né pillole né amici.
Lo stupro infantile è l'Everest dei traumi.
Come negarlo?
Sono stato usato, scopato, spezzato, trattato
come un giocattolo, violato da quando avevo
sei anni. Di continuo, per moltissimo tempo.*



Dichiarazione di Consenso
in tema di
Abuso Sessuale all'Infanzia
Maggio 2015

I COMPITI TERAPEUTICI

Maggiore attenzione ai compiti terapeutici

- 1.2.d: va perseguita attivamente e tempestivamente la riduzione del danno, favorendo l'attribuzione di corretto significato all'esperienza ed elaborandola a livello cognitivo, emotivo, sensoriale
- 2.2.c: va prevista l'eventualità di intensi movimenti difensivi nel minore, che possono richiedere non raramente un percorso a più fasi di approfondimento
- 3.2.e: la visita medica deve tener conto dell'esigenza di informare/rassicurare il/la bambino/a sul suo stato di salute fisica

Maggiore attenzione ai compiti terapeutici

- 6.2.e: anche nella valutazione forense le esigenze di cura del minore vanno attentamente considerate e rese oggetto di richieste e raccomandazioni agli interlocutori giudiziari
- 9.1.a: confermando quanto già sopra richiamato in relazione alla fase di valutazione sia clinica sia forense e alla fase di ascolto giudiziario, resta prioritario dovere delle professioni di aiuto la formulazione di un piano terapeutico efficace
- 9.2.b: è necessario il costante aggiornamento sugli interventi terapeutici specificamente mirati alla risoluzione della patologia post traumatica riconosciuti dalla comunità scientifica

***FACCIAMO
IL PUNTO
SULLA
TERAPIA***

WAY TO MOUNT
EVEREST BC

A yellow rectangular sign with black text is mounted on a black post. The sign reads "WAY TO MOUNT EVEREST BC" in bold, uppercase letters. Below the text is a red arrow pointing to the right. The sign is positioned in the foreground, slightly to the right of the center. In the background, there are snow-capped mountains under a clear blue sky. A line of colorful prayer flags is visible in the mid-ground, leading towards the mountains. The ground is rocky and appears to be a high-altitude trail.

Sono state selezionate

come più interessanti più di 70 voci bibliografiche sulla terapia nell'abuso sessuale all'infanzia, filtrando sistematicamente la produzione scientifica dal 2011, salvo necessità di recuperare testi rilevanti anteriori.

Molte di queste voci bibliografiche sono a loro volta review

EVOLUZIONI IN TERAPIA

Anni '60-'80

Emerge progressivamente il fenomeno dei maltrattamenti all'infanzia

Anni '90

Diventa sistematica l'attenzione alle specifiche forme di vittimizzazione infantile, con forte attenzione all'abuso sessuale e ai suoi riverberi sul piano individuale, familiare, sociale (specie il complesso incrocio tra area clinica e giudiziaria)

In questi anni una serie di autorevoli clinici descrivono in dettaglio percorsi terapeutici specifici e certo non brevi

Essi prevedono fasi successive temporali ma soprattutto logiche, che disegnano un quadro articolato di obiettivi terapeutici

**In essi si ritrovano numerosi e confortanti
punti comuni**



**Vediamone obiettivi e
passi in una sintesi
semplificata che
costituisce materiale
di lavoro con i bambini**

PREPARAZIONE

Mettiamoci al sicuro

Bisogna anche fare giustizia (il processo)

Se sto male sono normale

Non sono più solo

FASE INIZIALE

Guardare in faccia il problema e chiamarlo con il suo nome

Occorre capire che effetto mi ha fatto e parlare di quello che mi fa sentire 'differente' o 'cattivo'

FASE CENTRALE

NON E' GIUSTO

Sento che ciascuno ha una parte di responsabilità. Anche io...

Mentre cercavo di sopravvivere mi sono perso un sacco di cose belle

FASE AVANZATA

Non lasciamo 'conti in sospeso'!

Ritornare nel mondo ed evitare in futuro le trappole

Non roviniamo quel che resta

MANTENIMENTO

Guardarsi indietro e sentirsi più forti ora

Anche se qualcosa si è rotto, in me e fuori di me, si può cominciare a ricostruire

Stare subito attenti a quello che mi può far stare male di nuovo

RICADUTE

Man mano che cresco i 'vecchi nodi' potrebbero 'tornare al pettine

Se sto male posso di nuovo chiedere aiuto ed è l'occasione per capire e crescere di più

A blue-tinted photograph showing a person rappelling down a rope that spans across a deep canyon between two rocky peaks. The person is in the center, suspended from the rope. The background is a cloudy sky. The overall mood is dramatic and adventurous.

DOPO IL 2000

C'è grande crescita in estensione e quantità del panorama delle esperienze traumatiche

Si sente l'urgenza di semplificare e generalizzare il quadro circa il riconoscimento, la comprensione valutativa e la cura almeno di primo impatto delle patologie connesse a esperienze traumatiche

I FOCUS DI ATTENZIONE SI MODIFICANO CONSISTENTEMENTE SOTTO LA SPINTA DI ALCUNI FATTORI

L'attenzione crescente alla patologia
post traumatica riscontrata negli
adulti vittime nell'infanzia

Il crescente bagaglio di conoscenze
sulla *neurobiologia* del trauma

Il problema di trovare *cure*
efficaci e 'sostenibili' (protocolli
evidence based e brevi)

L'esigenza di 'provare' che l'esperienza
traumatica è avvenuta, specie in giustizia,
si è drasticamente ridotta. La stragrande
maggioranza degli abusi ,se verrà alla
luce, lo farà tardivamente, fuori portata
ormai da possibili interventi di tutela o
giustizia: una *emergenza sanitaria*

A person in winter gear is seen from behind, climbing a steep, snow-covered mountain ridge. The background shows a vast, rugged mountain range under a clear blue sky. The text is overlaid in the center of the image.

***VOCI DAL PASSATO:
COSA POSSIAMO IMPARARE
DAGLI ADULTI VITTIME
NELL'INFANZIA***

FLESSIBILITA' E COMPLESSITA'

Le Linee guida sul trattamento del PTSD complesso negli adulti dell' International Society for Traumatic Stress Studies (2012) prendono finalmente in considerazione il PTSD complesso derivante dall'abuso sessuale infantile, assente nelle precedenti edizioni (2000, 2008)

Danno attenzione a una gamma di disturbi nella capacità di autoregolazione (emotiva, relazionale, cognitiva, somatica) e ai sistemi di credenze negativi

Il trattamento quindi punta non soltanto alla riduzione dei sintomi psichiatrici ma con uguale forza al guadagno di capacità funzionali chiave per l'autoregolazione e al rafforzamento delle risorse psicosociali e ambientali

Il trattamento è flessibile , 'a misura del paziente'

Nel trattamento si riconoscono FASI

- ***sicurezza:*** stabilizzazione e rafforzamento delle competenze
- ***elaborazione:*** rivisitazione dei ricordi traumatici e integrazione nella memoria autobiografica
- ***consolidamento:*** vengono affrontate le nuove sfide della vita, prevenute le ricadute

La *durata* delle prime due fasi del trattamento, intensive, varia da un minimo di 9-12 mesi a periodi molto più lunghi, *fino a parecchi anni* per pazienti gravemente compromessi. E' possibile che periodi di trattamento intensivo si rendano necessari durante la vita del paziente anche dopo che il percorso principale si è concluso con una fase di dimissione (altri 6-12 mesi)

LE TECNICHE

Nel 2015 alcuni autori che hanno standardizzato metodi di trattamento accettano di individuarne i **fattori chiave**, che risultano altamente coincidenti

psicoeducazione, sulle reazioni post traumatiche, sulle modalità di coping, sui modi per controllare il disagio

esposizione alle memorie traumatiche

ristrutturazione cognitiva e riattribuzione di significato, per una migliore integrazione mentale

elaborazione delle emozioni, come paura, ma

anche colpa e vergogna, rabbia, lutto e tristezza

riorganizzazione della *memoria* e costruzione di una narrativa coerente del trauma

addestramento a modalità adeguate di *coping* e a regolare le emozioni

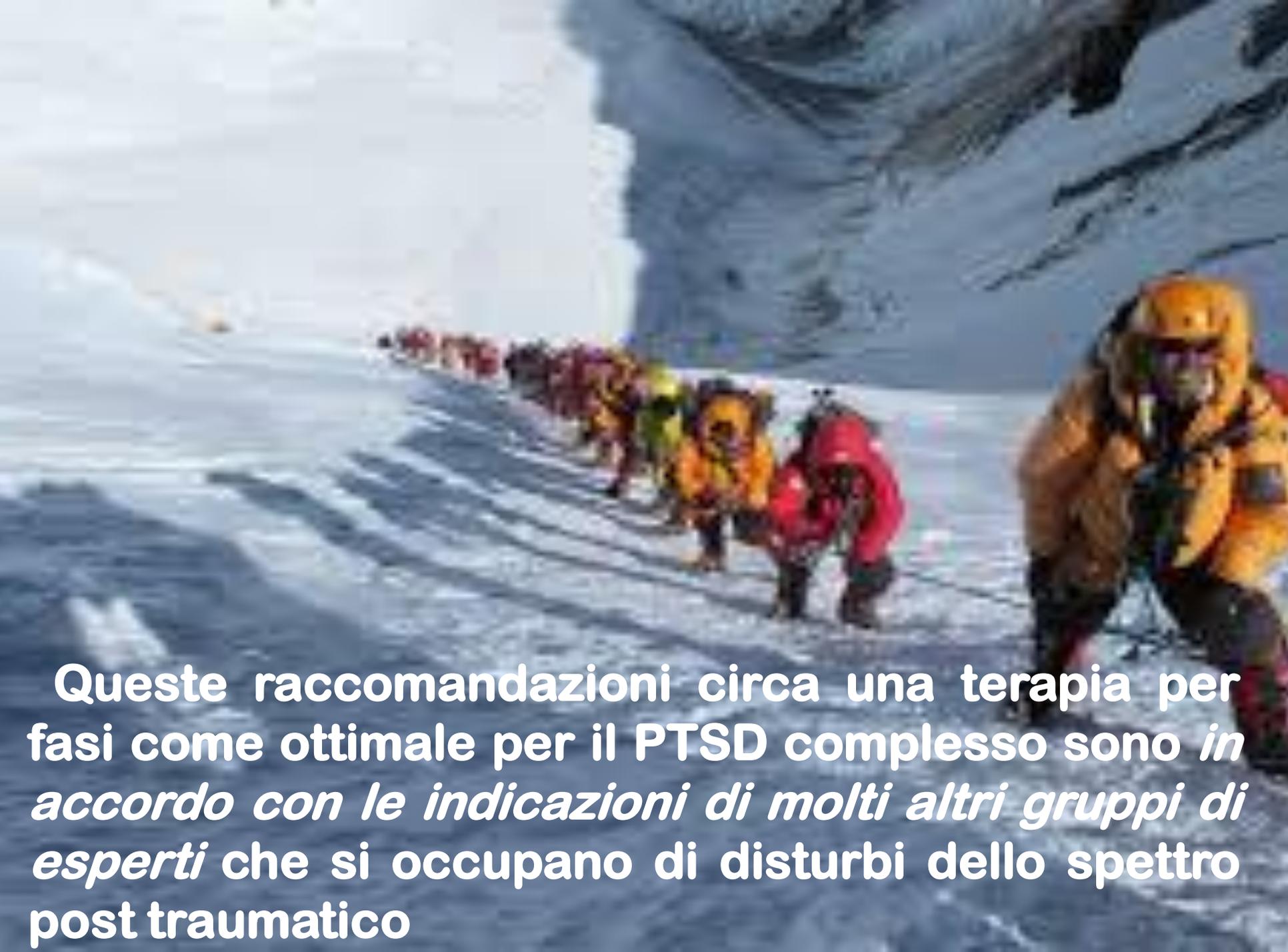
reintegrazione nella vita quotidiana nel 'dopo' terapia

C'è letteratura su una serie di altre tecniche adatte a sviluppare le risorse o a rafforzare il lavoro terapeutico vero e proprio

In particolare la **terapia EMDR** si rivela efficace e sicura anche in questi complessi pazienti e capace di ottenere migliore compliance rispetto alla terapia cognitivo comportamentale

Le caratteristiche favorevoli sono:

- *maggiore attenzione al vissuto somatico*
- *non c'è 'lavoro a casa'*
- *uso di cognizioni sia negative che positive*
- *più consapevolezza della esperienza presente del paziente*



Queste raccomandazioni circa una terapia per fasi come ottimale per il PTSD complesso sono *in accordo con le indicazioni di molti altri gruppi di esperti* che si occupano di disturbi dello spettro post traumatico

- **Australian Center for Posttraumatic Mental Health (2007)**
- **International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011)**
- **National Institute for Clinical Excellence (2005)**
- **American Psychological Association Division 56 (Trauma Psychology)**

suggerendo una uniformità di opinioni

relativamente alle migliori pratiche terapeutiche

Esperienze estreme e stupefacenti



In Germania (2015) con 10 pazienti sofferenti di PTSD da abuso fisico e/o sessuale, alcuni autori hanno applicato un modulo di appena cinque sedute. Punta alla modificazione delle auto attribuzioni negative, considerate il 'core' della patologia. Non si affronta nelle sedute la memoria degli eventi traumatici.

I risultati mostrano importante riduzione dei sintomi

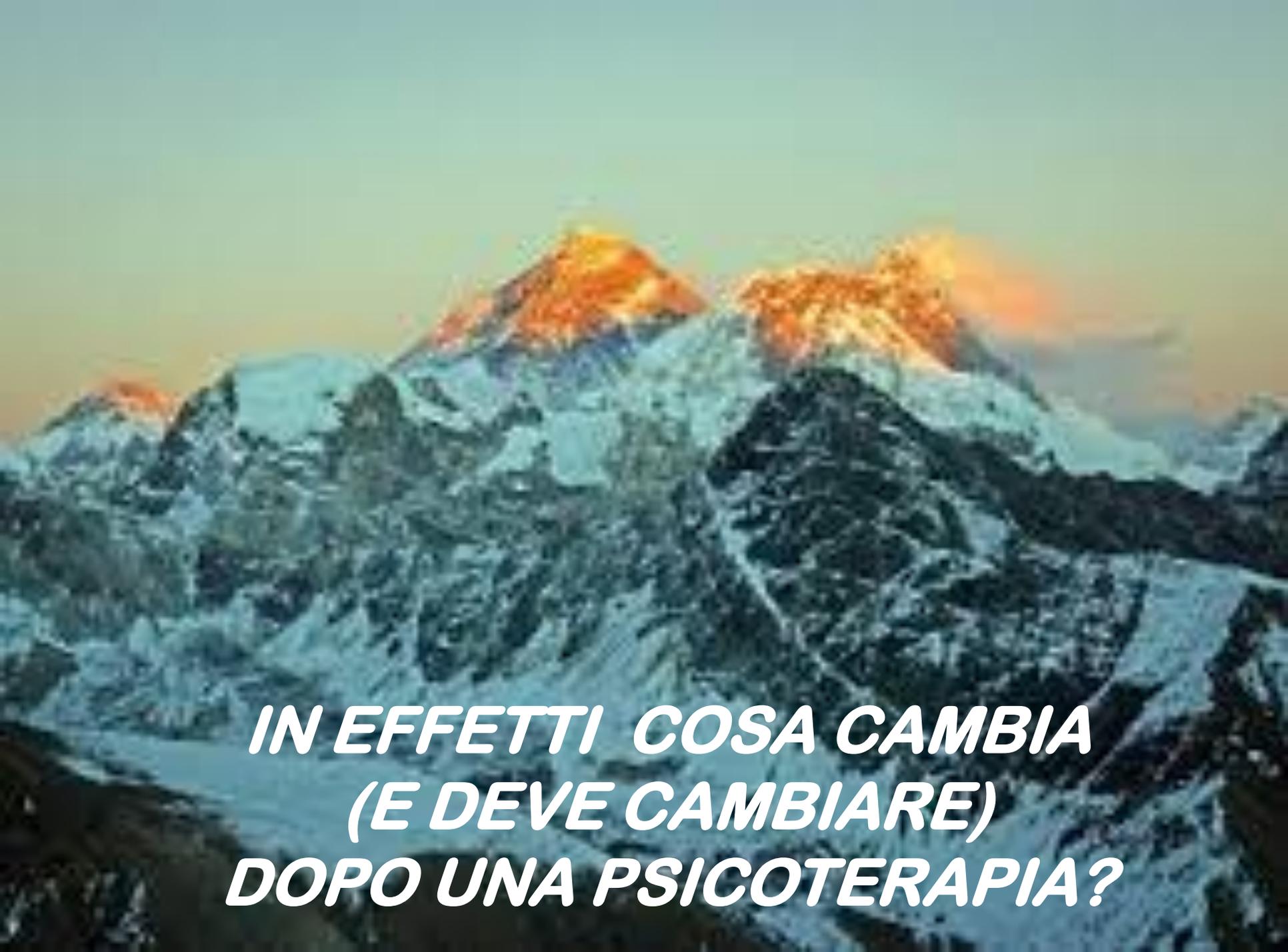
Un altro gruppo di autori tedeschi (2015) ha sottoposto 742 pazienti interni a un programma di trattamento multimodale intensivo (25 ore settimanali), che comprendeva: psicoterapia psicodinamica individuale e di gruppo, art therapy, terapia di movimento, musicoterapia, rilassamento, psicoeducazione e training in competenze sociali, nonché terapia dell'esposizione, EMDR e farmaci.

I pazienti con traumi multipli avevano miglioramenti piuttosto modesti

Elklit (2015, Danimarca) pubblica uno studio in *controtendenza* rispetto allo sforzo generale di individuare il metodo terapeutico migliore e più adattato alle esigenze del singolo paziente. *Il tempo della terapia* (480 vittime di abuso sessuale prima dei 15 anni) *è fissato a 12 mesi, senza alcun limite o dettaglio del metodo terapeutico*

Negli esiti *non sono state riscontrate differenze* relative né allo stato sociale dei pazienti, né alle caratteristiche dell'abuso né al tipo di terapia effettuata, per esempio individuale o di gruppo, né al Centro che ha eseguito il trattamento

L'autrice ipotizza che *il fatto stesso di andare in terapia sia terapeutico, almeno moderatamente, per via dell'alto investimento in tempo ed energie emotive*



***IN EFFETTI COSA CAMBIA
(E DEVE CAMBIARE)
DOPO UNA PSICOTERAPIA?***

Il materiale è ricavato da interviste con vittime dopo 8 mesi di terapia, *qualunque tecnica utilizzi*

I pazienti vivono positivamente aver raggiunto:

- **una maggiore coerenza nella visione della propria storia**
- **l'assunzione di una posizione più da osservatore e riflessiva**
- **maggior senso di distanza dagli eventi traumatici**
- **una più acuta comprensione delle dinamiche familiari**
- **una più equilibrata percezione delle responsabilità**
- **una attenuazione del vissuto di impotenza**

L'APPORTO DELLE CONOSCENZE NEUROBIOLOGICHE



LE TECNICHE DI NEUROIMAGING

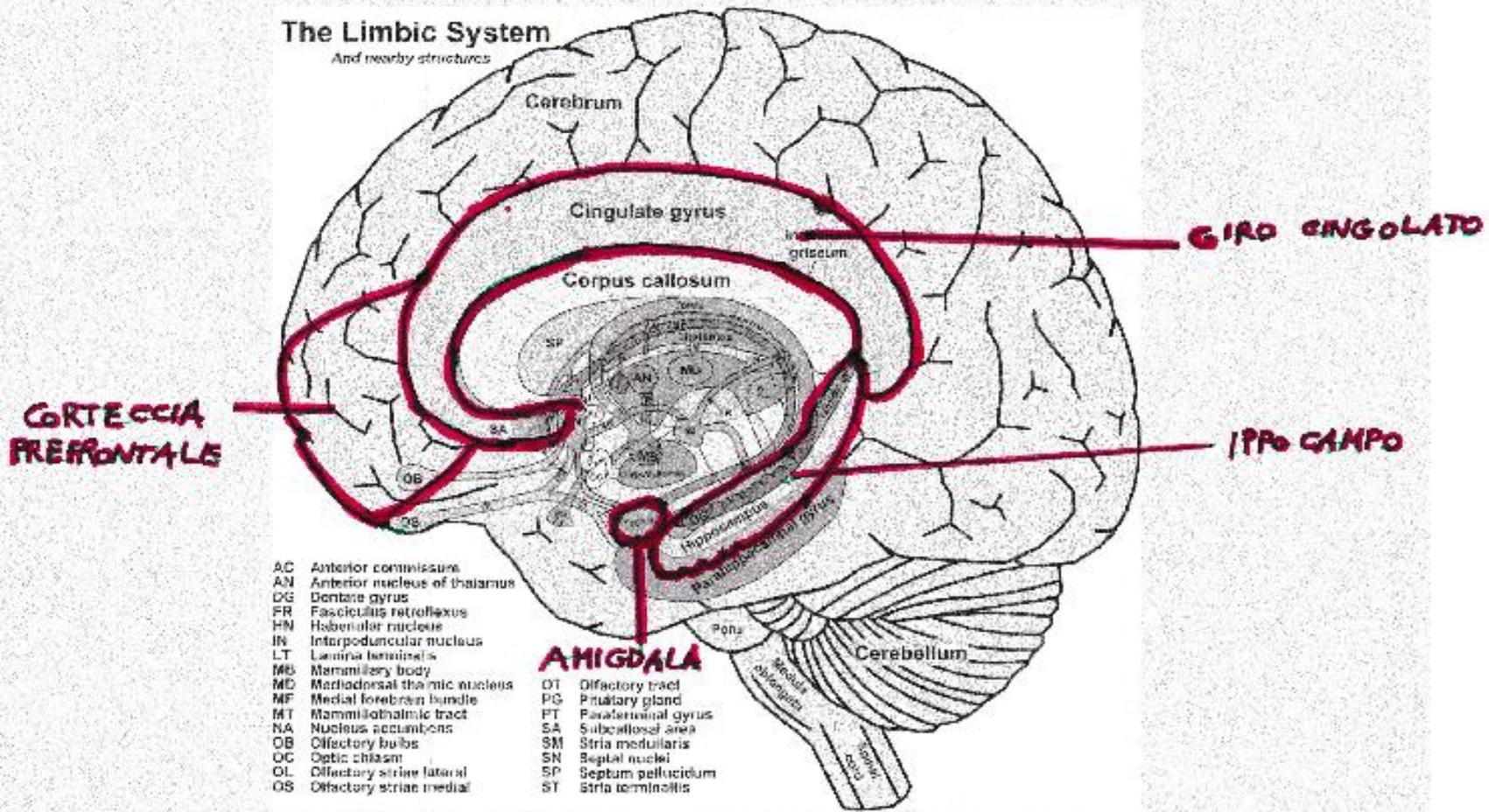
Le conoscenze sono in rapido e non univoco sviluppo negli ultimi 15 anni, ma gli studi hanno consistenti limiti

Le convergenze più sicure nei risultati indicano modificazioni post traumatiche strutturali e funzionali in *strutture chiave* come:

- ***amigdala*** (percezione e reazione alla minaccia)
- ***corteccia cingolata anteriore*** (circuito della motivazione e altamente connessa con il 'sistema centrale della paura')
- ***corteccia prefrontale mediana*** (aspetti cognitivi-emotivi)
- ***insula*** (altamente connessa con le regioni corticali e limbiche per gli aspetti di elaborazione emotiva)
- ***ippocampo*** (processi di memoria e di attaccamento)
- ***cervelletto*** (attenzione)
- **densità della *sostanza bianca*** (trasmissione delle informazioni)

SISTEMA LIMBICO

The Limbic System
And nearby structures



L'esposizione al trauma susciterebbe quindi una cascata di modificazioni neurali

Ma negli studi sulla sola *popolazione infantile* i dati diventano ancora meno consistenti, a parte un ridotto volume di parti del corpo calloso

La riduzione del volume dell' *ippocampo non* è confermata in bambini e adolescenti

La ricerca sulla interazione tra trauma psicologico e cervello in fase evolutiva deve continuare

E' andato in cronaca il dato sui *telomeri* (parti finali dei cromosomi che si riducono con il numero di suddivisioni della cellula). I soggetti con una storia di esposizione alla violenza mostravano una riduzione dei telomeri significativamente più marcata dei soggetti di controllo

Gli autori concludono che alcuni dei miliardi di dollari spesi sulle malattie dell'invecchiamento come diabete, malattie cardiache e demenza potrebbero essere meglio investiti nel proteggere i bambini dai maltrattamenti.

***IL PONTE
CON LA
CLINICA***



Gaskill e Perry (2012) provano a tradurre questi dati di ricerca in indicazioni per la presa in carico terapeutica. Gli autori la chiamano *'terapia neurobiologicamente informata'*, circa le esperienze traumatiche nell'infanzia. Perry raccomanda che negli interventi terapeutici si integrino *attività che invertano la rotta della disregolazione post traumatica sequenzialmente, agendo a livello corporeo, e in quanto frequenti, con l'attivo coinvolgimento dei caregiver.*

Vengono suggeriti in modo ragionato gioco, danza, movimento ritmico, fino a discipline più adatte all'adulto ma anche al bambino in età scolare (yoga, tai-chi, meditazione, mindfulness)

Tra le tecniche terapeutiche vere e proprie viene indicato l'EMDR in quanto integra il livello sensoriale con emozioni e cognizioni

Porges e la teoria polivagale (2014)

Nelle vie vagali parasimpatiche sono state riconosciute fibre più antiche (*dorsovagali*, poco mielinizzate) connesse a reazioni massive di disattivazione (collasso, 'finta morte'); e fibre più recenti (*ventrovagali*, mielinizzate), che irradiano verso la laringe, il viso e il cuore e che modulano l'arousal attraverso il contatto con l'altro (vista/voce/udito), centrale nei processi di attaccamento, modalità evoluta sociale della reazione di difesa

Secondo *Giovannozzi* la concettualizzazione di Porges è *un aiuto di grande efficacia per l'intervento terapeutico*.

Il terapeuta può utilmente guidare il paziente a prendere consapevolezza dei propri stati corporei per addentrarsi in quanto è accaduto nei sistemi neurali in seguito al trauma; nonché co-regolare lo stato emotivo e mentale del paziente, modulando posizioni nello spazio, rumori, tono di voce, in un costante rimando di feedback che promuovono sensazioni di sicurezza e fiducia

La terapia sensomotora di Ogden

Mentre i tradizionali interventi terapeutici agiscono top-down (cercano di modulare l'arousal del corpo a partire dalle strutture corticali), altri interventi terapeutici si possono opportunamente orientare a uno *schema bottom-up*, accedendo direttamente alle memorie procedurali sottocorticali costruite attraverso l'esperienza traumatica e difficilmente mentalizzabili

***Ogden* stimola la concentrazione del paziente, all'interno di una relazione terapeutica di per sé già capace di regolare l'arousal, sui propri *stati corporei come punto di accesso* a quelle memorie procedurali (equivalenti alla memoria implicita) attraverso piccoli 'esperimenti' sicuri di elaborazione e cambiamento,**

I 'neuroni specchio' di Gallese (2009)

Alla fine del '900 si è scoperto che un certo insieme di neuroni corticali si attiva sia quando si compie una azione sia quando la si osserva, se intenzionale, in un'altra persona. I neuroni specchio sono centrali nel '*circuito della risonanza*', che coinvolge regioni sottocorticali e corticali e ci consente di sentirci sentiti dall'altro, così come l'altro può sentirsi sentito da noi

Alla luce di queste ricerche un gruppo di autori israeliani (2015) *rivisita l'importanza del rapporto e del rispecchiamento tra terapeuta e paziente all'interno di terapie centrate sulla esposizione al trauma, spesso descritte in termini di prevalente elaborazione cognitiva. L'equivalente fisico connesso alle emozioni può essere restituito al paziente in una modalità attenuata che facilita la regolazione emotiva e l'interiorizzazione di un nuovo modello di reazione.*

***LO SAPEVAMO
MA ORA SAPPIAMO IL PERCHE'.....***



- ❑ l'empatia definita da Kohut
- ❑ la funzione riflessiva della madre descritta da Winnicott
- ❑ la sintonizzazione emotiva di Stern
- ❑ perfino l'identificazione proiettiva della Klein
- ❑ i concetti di contenimento e 'reverie' descritti da Bion

possono congiungersi senza strappi alle riflessioni e alle tecniche precedenti sia nella promozione del passaggio dall'impensabile al narrabile sia nella promozione della co-regolazione con il terapeuta

Ciò consente di non perdere nell'inseguimento di nuovi modelli terapeutici l'esperienza clinica accumulata in decenni di trattamento di soggetti traumatizzati

***LA RICERCA DI
PSICOTERAPIE EFFICACI E
SOSTENIBILI PER
I BAMBINI***

WAY TO MOUNT
EVEREST BC

A yellow rectangular sign with black text and a red arrow pointing to the right. The text reads "WAY TO MOUNT EVEREST BC". The sign is mounted on a black metal post. In the background, there are snow-capped mountains under a clear blue sky. The foreground shows a rocky, high-altitude landscape with some prayer flags visible.



***UNO SGUARDO
GENERALE
ALLA CURA DELLA
PATOLOGIA
POST TRAUMATICA***

L'AACAP (2010) conferma l'utilità delle psicoterapie che *affrontano direttamente le esperienze traumatiche* del bambino, che *includono i genitori nel trattamento* come importanti agenti di cambiamento, e che hanno come obiettivo anche la promozione di una *traiettoria di buon funzionamento evolutivo*

Nel 2012 Gillies e colleghi (Australia) analizzano in modo sistematico *tutti gli studi sperimentali controllati di terapie psicologiche con bambini e adolescenti esposti a eventi traumatici* o diagnosticati come PTSD, messe a confronto con controlli, terapie farmacologiche e altri trattamenti. C'è buona evidenza del *ruolo positivo delle psicoterapie* e anche se dati di efficacia sono più presenti per la terapia cognitivo-comportamentale, *non si può definire una terapia più efficace di un'altra, né se soggetti con un particolare tipo di trauma rispondano meglio a una particolare terapia*
Studi sperimentali successivi lo confermano

*Alla ricerca degli interventi
più brevi possibili...*



Nella ***Stepped Care Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (SC-TF-CBT)*** è prevista una ***prima fase*** di 3 incontri con il terapeuta, seguiti da 11 incontri genitore-bambino a casa, distribuiti in 6 settimane, sulla base del compito assegnato attraverso un libretto di esercizi

Se c'era buona risposta il bambino proseguiva con la ***fase di mantenimento*** di 6 settimane per esercitare le tecniche apprese. Al contrario, veniva inserito in una ***seconda fase di terapia***, che consisteva in 9 sedute ulteriori di TF-CBT, in contatto diretto con il terapeuta, sui consueti temi. I risultati appaiono agli autori incoraggianti

Deblinger e collaboratori (2016) continuano a suggerire il ***formato di gruppo della TF-CBT*** per ottimizzare sia efficacia sia costi

VARIANTI E MODELLI

Dobbiamo a Fleming una rassegna aggiornata (2012) sulla *validità dell'EMDR* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Shapiro, 2001) con bambini vittime di traumi. Mentre per i traumi episodici c'è solida evidenza clinica dei vantaggi dell'EMDR, ci sono *soltanto dati preliminari, anche se promettenti, per i traumi complessi*, presi in considerazione da un unico studio.

Arvidson e colleghi (2011, Alaska) propongono un *modello di terapia multimodale chiamata ARC (Attachment, selfRegulation, Competency)*.

E' diretto a datori di cura, genitori naturali, parenti, genitori adottivi. Vuole sviluppare la capacità del genitore di riconoscere e regolare le emozioni del bambino, di sintonizzarsi con lui, di dare risposte appropriate e adeguate, di stabilire abitudini che costruiscano un ambiente prevedibile.

Il *Sensory Motor Arousal Regulation Treatment (SMART)* è un'altra forma di terapia multimodale che specificamente mira *all'integrazione della regolazione corporea*. Dedicata a bambini e adolescenti politraumatizzati con problemi pervasivi di autoregolazione emotiva e somatica, che spesso hanno difficoltà con terapie verbali, si svolge *in ambito residenziale*, coniugando psicoterapia, terapia occupazionale, approccio sensomotorio

Kerig e Alexander (2012) affermano che *il trauma è un'esperienza di stress e cambiamento che riguarda l'intera famiglia*.

Modificano la *Functional Family Therapy* nella variante denominata *FFT-TF (Trauma Focused)*.

La fase in cui la FFT-TF si differenzia di più dal modello generale è quella del *Cambiamento comportamentale*, in cui la nuova motivazione a cambiare sviluppata dalla famiglia viene orientata alla guarigione del trauma

A group of mountaineers in colorful gear are ascending a steep, snow-covered mountain slope. The sky is clear and blue. The text is overlaid on the right side of the image.

***SE IL FOCUS
SPECIFICO E'
L'ABUSO
SESSUALE***

Nel 2015, Benuto e O'Donohue (Nevada, USA) producono una ***sintesi di 7 precedenti meta-analisi di studi*** di efficacia delle psicoterapie per bambini ***vittime di abuso sessuale***
Le conclusioni non sono entusiasmanti

- ***risultati moderati*** nel migliore dei casi
- le conclusioni dei reviewer sollevano ***seri dubbi sulla consistenza dei criteri adottati***
- ***difficoltà*** a individuare chiare ***linee guida*** per il trattamento
- poche indicazioni specifiche per trattare ***'punti dolenti'*** come i comportamenti altamente sessualizzati, la depressione, il comportamento oppositivo e diffidente
- sottovalutazione delle ***ricadute pesanti*** che la rivelazione dell'abuso può comportare sul sistema familiare oltre che sul bambino (per esempio se il padre abusante viene incarcerato)

Fare in fretta.....



Mannarino e al. nel 2012 riferiscono della applicazione della ***TF-CBT*** a un gruppo specifico di vittime di abuso sessuale.

Un numero di sedute compreso tra **8 e 16** è stato ritenuto ottimale e con buoni esiti a prescindere dall'esecuzione della fase di narrativa del trauma

La ***Game-Based Cognitive–Behavioral Therapy (GB-CBT)*** è una terapia per bambini tra 3 e 6 anni, che unisce la terapia di gioco strutturata alla tradizionale terapia cognitivo comportamentale. E' affiancata da un *gruppo per genitori* parallelo.

In media il trattamento dura **10-12 settimane**. I risultati attestano una riduzione dei sintomi sia internalizzati che esternalizzati, e nelle scale della dissociazione

Meno in fretta....

Allen e collaboratori (2016) propongono un approccio terapeutico con alto coinvolgimento dei genitori, la *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)* per la gestione dei *comportamenti sessualizzati nei bambini*. In media le sedute sono state meno di 20, comprese quelle di valutazione.

I risultati confermano l'efficacia del metodo, sia sui comportamenti distruttivi sia sul disturbo in area sessuale, anche se i bambini più gravi non migliorano.

Maxfield (2007, tr. it. 2011) *integra l'EMDR con la terapia familiare per bambini vittime di abuso sessuale e per i familiari non abusanti.*

Prevede come sempre le fasi di *stabilizzazione, valutazione familiare, elaborazione, rivalutazione e chiusura*. Non stabilisce tempi e prevede anche alta complessità nel trattamento.

La terapia familiare è utilizzata per affrontare i problemi di ridefinizione relazionale e relativi al ruolo genitoriale; la terapia con EMDR è diretta alla rielaborazione dei ricordi negativi e delle emozioni collegate.

Da ultimo, *'fuori dal coro'* orientato al risparmio e al coinvolgimento attivo dei genitori delle vittime, un articolo canadese (2016) propone un *trattamento intensivo residenziale* molto costoso con minima partecipazione dei caregiver



L'intervento principale è stata la TF-CBT, per 40 ore durante 4 settimane di soggiorno di cui 2 ore al giorno in gruppo. Ogni bambino aveva 2 ore di EMDR alla settimana.

Inoltre si svolgevano giochi di ruolo insieme allo staff e *molte attività* durante il giorno (6 ore): gioco strutturato, esercizio fisico, arte e artigianato, musica, esercizi cognitivi, interazione con animali

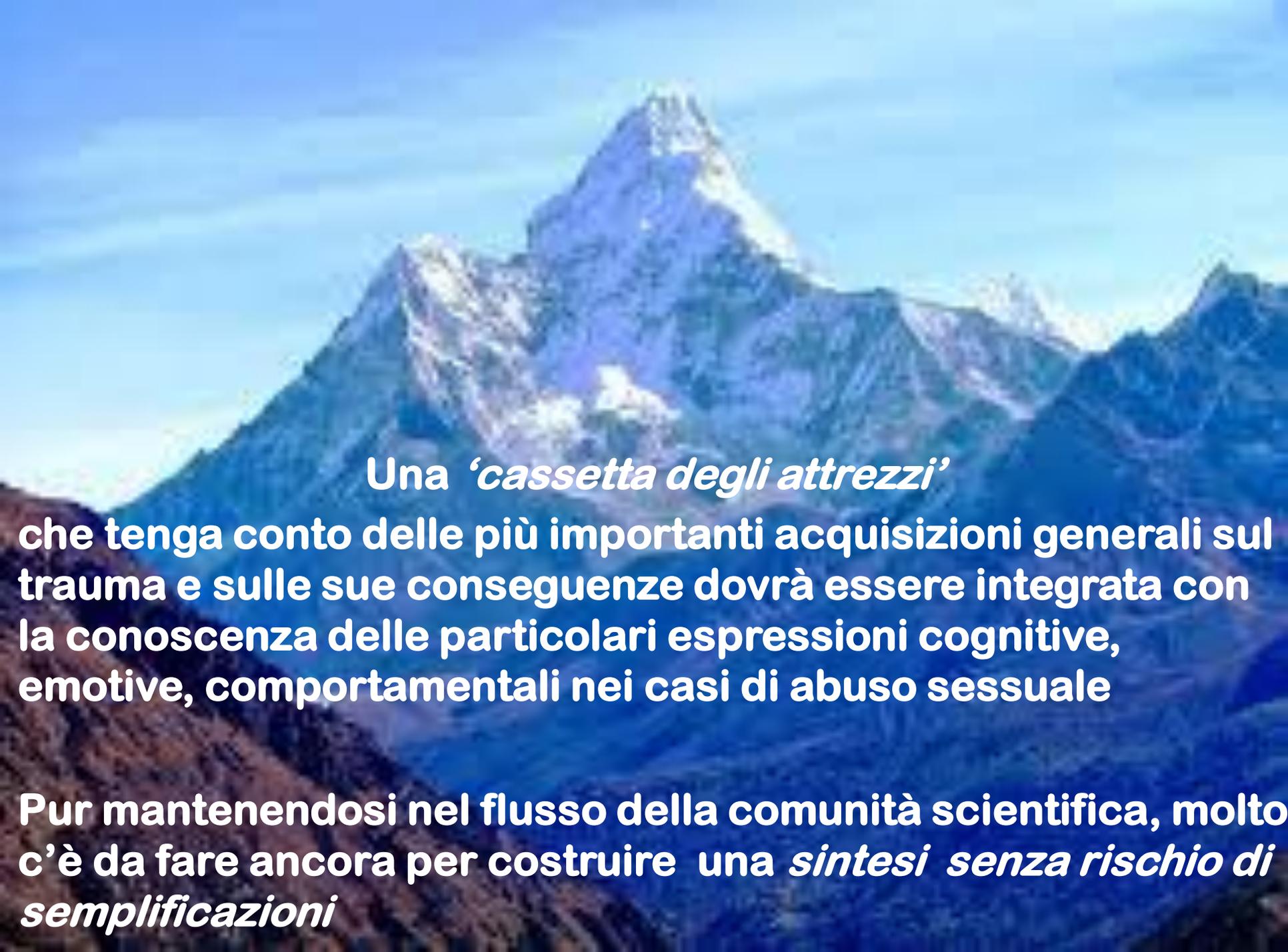
I miglioramenti sono stati significativi, rendendo promettente la prospettiva di ricorrere a un trattamento breve ed intensivo

***Questo è il trailer, nel film troverete
molto di più... ma in sintesi***

Ripassata a tappeto

la produzione scientifica recente sulla terapia nell'abuso sessuale all'infanzia, è palpabile il rischio della *perdita di specificità e di dettaglio* su singole esperienze traumatiche

I clinici sanno che una *conoscenza specifica* delle dinamiche attivate dall'abuso sessuale, e di come si manifestano in quel determinato soggetto, è fondamentale per garantire un buon trattamento

A photograph of a snow-capped mountain peak under a clear blue sky. The mountain is the central focus, with its sharp peak and surrounding ridges covered in snow. The sky is a deep, clear blue. The overall scene is bright and clear.

Una *'cassetta degli attrezzi'*

che tenga conto delle più importanti acquisizioni generali sul trauma e sulle sue conseguenze dovrà essere integrata con la conoscenza delle particolari espressioni cognitive, emotive, comportamentali nei casi di abuso sessuale

Pur mantenendosi nel flusso della comunità scientifica, molto c'è da fare ancora per costruire una *sintesi senza rischio di semplificazioni*

UN'IMPRESSIONE PERSONALE DOPO IL FATICOSO LAVORO?

Prima di tutto work in progress

Giusta l'attenzione ad individuare cosa funziona e nel minor tempo possibile, e a introdurre un po' di sano rigore in un lavoro 'artigianale' come quello dello psicoterapeuta, come cercano di fare gli studi controllati.

Non ne abbiamo ancora tratto indicazioni chiare ma la strada è questa.

Ne sappiamo di più anche sul perché funziona quando funziona, con l'apporto della neurobiologia

Molto è stato confermato nelle tecniche e nei formati, e questo rassicura.

E' tutto molto più oggettivo.

Ma se paragono l'impatto delle letture della prima ora con questo, è come entrare in cucina con molte più informazioni sulle caratteristiche nutrizionali degli alimenti e su quali elementi sono necessari per nutrirci adeguatamente: ma per la riuscita di un piatto occorre molto altro.

Forse serve ancora qualcuno che entri nei dettagli e che offra il contributo della sua sofferta esperienza clinica?

Magari mettendoci un po' di 'dieta mediterranea'?

LO SCOPRIREMO ALLA PROSSIMA PUNTATA.....

Per ora grazie per l'attenzione!

