

Linee Guida per la valutazione e il trattamento dei bambini e degli adolescenti con sintomi dissociativi e disturbi dissociativi.

Commissione sul bambino e adolescente della Società Europea per il Trauma e la Dissociazione (ESTD)

Queste linee guida sono state sviluppate dalla commissione Infanzia e Adolescenza della ESTD. Presidente: Renée Potgieter Marks PhD. Membri: Arianne Struik PhD, Anca Sabau MD in collaborazione con i membri del consiglio dell'ESTD Anna Gerge MSc, psicoterapeuta certificato e Annemiek van Dijke PhD.

1. Introduzione

In qualità di Commissione sul bambino e adolescente dell'ESTD siamo consapevoli, a fronte dei nostri confronti, che ci sono molti punti in comune ma anche delle differenze nel nostro lavoro con i bambini con disturbi dissociativi². Queste linee guida cercano di costruire una base comune fondata sulla ricerca, linee guida (si veda bibliografia), informazioni derivanti dalle conferenze, formazione avanzata ed esperienza clinica della Commissione ESTD. In modo particolare riconosciamo la Taskforce (in modo specifico Joy Silberg e Frances Waters) che ha sviluppato le linee guida della ISSTD per i bambini ed adolescenti per il loro lavoro pionieristico, la ricerca, la formazione e la guida.

Queste linee guida per bambini ed adolescenti differiscono dalle linee guida per gli adulti in alcuni aspetti distintivi, ma ci sono anche delle similitudini.

Sebbene la dissociazione nei bambini e adolescenti sia spesso poco riconosciuta, tale ambito sta diventando un campo in rapido sviluppo. Lo scopo delle strategie di trattamento è la riduzione dei sintomi attraverso la regolazione emotiva, una efficace elaborazione del trauma, ridurre la dissociazione e promuovere l'integrazione.

Sembra che nella psicoterapia di un singolo caso risulti più adeguato un approccio più eclettico, dove il clinico mostra flessibilità e creatività nell'utilizzo di un'ampia varietà di tecniche disponibili. (ISSTD, 2003).

In ogni caso, queste linee guida possono orientare i clinici nello strutturare ed organizzare la valutazione ed il trattamento dei bambini basandosi sul più elevato livello di prova dell'efficacia.

¹ Il termine bambino può essere sostituito con adolescente per tutte le linee guida

Dato che il trattamento si differenzia per specifici gruppi di età, i paragrafi relativi a questo aspetto saranno suddivisi nei gruppi di età rispettivamente di 4-18 anni e 0-4 anni.

Queste linee guida indicano il grado di efficacia di ogni raccomandazione attraverso:

- Standard Minimi (MS) con la prova del RCT e altre ricerche. A causa della mancanza di ricerca in questo settore non ci sono raccomandazioni che si adattino ai criteri MS.
- Linee guida cliniche (CG), che si basano sul parere di esperti, consenso di esperti e casi studio.
- Opzione (OP), che si basa sul parere di un esperto dell' ESTD, casi studio ma non il consenso di un esperto.
- Non approvato (NE), che è scoraggiato.

2. Obiettivi

Gli obiettivi per il trattamento di bambini e adolescenti con sintomi dissociativi sono:

- Stabilire un grado di sicurezza per il bambino che sia il più ampio possibile, riconoscere e impedire il trauma ed la riattivazione (Ford & Courtois, 2013; Silberg 2013; Stuik, 2014).
- Promuovere la stabilizzazione e la regolazione emotiva (Silberg, 2013; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015).
- Offrire al bambino strategie per elaborare le esperienze traumatiche (Silberg, 2013; Stuik, 2014; Wieland, 2015).
- Favorire l'integrazione degli stati dissociativi e permettere al bambino di sviluppare un senso del Sé integrato. (Silberg, 2013; Wieland, 2015)
- Riportare il bambino ad un livello di integrazione appropriato all'età relativamente a tutti gli aspetti di funzionamento: cognitivo, emotivo, sociale e relazionale. In questo modo i bambini possono nuovamente sviluppare un senso competenza, padronanza ed influenza sulle loro menti, corpi e vite. (Arvidson et al, 2011; Silberg, 2013)

3. Requisiti

Dal momento che il lavoro con questi bambini può essere impegnativo, sono raccomandati i requisiti seguenti;

- I clinici dovrebbero essere iscritti o accreditati nei rispettivi ordini professionali dei paesi dove esercitano.
- I clinici necessitano di possedere sufficienti conoscenze dello sviluppo e della psicopatologia infantile.
- Si raccomanda che i clinici seguano corsi, workshop e conferenze con specialisti che abbiano riconosciute conoscenze ed esperienze nel lavoro con i bambini con traumi complessi e dissociazione e che insegnino aspetti teorici riconosciuti.

- Dal momento che questo è un settore in via di sviluppo, i clinici devono tenere aggiornate le conoscenze delle diverse teorie sui traumi complessi e la dissociazione su bambini e adolescenti.
- Si raccomanda che i clinici si allineino con le società nazionali o internazionali che si occupano dello studio del trauma e della dissociazione (ESTD e/o ISSTD) così da poter accedere alle ricerche e aggiornare le loro informazioni sulla dissociazione nei bambini e adolescenti.
- I clinici devono avere capacità di autoriflessione e stabilità interna. Hanno bisogno di stabilire e mantenere confini e riflettere su se stessi, sui multipli aspetti transferali, così come all'interno della loro organizzazione.
- A causa del forte contro-transfert positivo e negativo, quando si lavora con questi bambini e genitori, i clinici dovrebbero avere accesso a costanti momenti di supervisione o consultazione per riflettere su questi fenomeni e evitare la traumatizzazione vicaria.

4. Basi teoriche

I sintomi dissociativi nei bambini si è visto essere associati con le seguenti esperienze:

- Esperienze traumatiche (³Anda, Felitti, Bremner, Walker, Whitfield, Perry, 2006; Coons, 1996; Dell& Eisenhower, 1990; Hornstein &Putnam, 1992; Nilsson, 2007);
- Trascuratezza (Brunner, Przer, Schuld, & Resch, 2000; Ogawa et al. 1997);
- Rifiuto e comportamento incoerente da parte dei genitori/caregivers (Liotti, 2006, 2009; Mann & Sanders, 1994);
- Esperienze fisiche traumatiche e cure mediche (Stolbach, 2005).
- Introiezione del perpetratore (Potgetier-Marks, 2012, Waters, 2016, Potgieter-Marks, 2016 (pubblicato nell'ottobre 2016 in Germania)).

Sia l'ICD-10 che il DSM-V continuano a mostrare limiti relativamente agli aspetti diagnostici dei traumi complessi e dei disturbi dissociativi per i bambini e gli adolescenti.

Come base teorica è importante avere una buona conoscenza e comprensione della neurobiologia del trauma e della dissociazione e dell'impatto che il trauma ha sul cervello in fase di sviluppo del bambino (Ford, 2009; Perry, 2006; Schore, 2009; Silberg &Dallam, 2009; Silberg 2013; Stien& Kendal, 2004; Wieland, 2015).

A causa del forte impatto del trauma sullo sviluppo del cervello, specialmente nella prima infanzia, il bambino mostra disfunzioni a livello fisiologico, emozionale, relazionale e cognitivo così come comportamentale (Perry, 2009; Ludy-Dobson & Perry,2010).

Il clinico deve avere una buona conoscenza dell'impatto del trauma sul comportamento e di come si presenta la dissociazione nei bambini (Andrea, Ford, Stolbach,Spinazzola, & Van der Kolk, 2012; Stien & Kendal, 2004).

Dal momento che l'attaccamento gioca un ruolo cruciale nel trattamento dei bambini, i clinici hanno necessità di essere a conoscenza della teoria sulle esperienze di

attaccamento nel bambino e dell'impatto che le esperienze traumatiche possono avere sull'attaccamento del bambino.

Lo stile di attaccamento disorganizzato si verifica in modo sproporzionato spesso nei casi di abuso con una preponderanza di stile di attaccamento disorganizzati/disorientati nel gruppo dei casi di maltrattamento (82%) (Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989).

La teoria dell'attaccamento di Bowlby e il modello di attaccamento disorganizzato (Liotti, 1999; 2006; 2009), spiegano l'emergere di diversi modelli interni del sé e degli altri che creano una vulnerabilità rispetto alla dissociazione, e costituiscono importanti teorie per la valutazione così come per il trattamento.

Barach (1991) ha collegato all'attaccamento la frammentazione del sé nei disturbi di personalità borderline.

Le Ricerche condotte per studiare il livello di dissociazione in relazione ai traumi infantili (abuso fisico/sexuale, esposizione alla violenza inter-parentale), precoce separazione da un genitore, e la percezione della disfunzionalità genitoriale, mostrano che la dissociazione è correlata sia al trauma che alla trascuratezza (Draijer & Langeland, 1999).

Anche Van Dijke et al. (2010, 2011, 2015) ha collegato negli adulti la dissociazione a modelli disfunzionali del sé e della regolazione affettiva e la dissociazione associata a diversi modelli disfunzionali di regolazione è stata riscontrata anche in molti studi di imaging (Lanius, et al, 2010).

Van der Kolk (2005), Perry (2006), Silberg (2013) e Struik (2014) collegano i problemi di regolazione emotiva nei bambini all'abuso, la trascuratezza e alla traumatizzazione.

I clinici hanno bisogno di capire ed utilizzare almeno un modello teorico sulla dissociazione⁴. I modelli teorici più noti per gli adulti in questa fase sono: The Ego State Model (Il modello dello Stato dell'Io) (Watkins, 1978; Watkins & Watkins, 1993,1997), Behavioral State Model (il Modello di Stato Comportamentale) (Putnam, 1997) e The Structural Dissociation Model (il Modello della Dissociazione Strutturale) (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Questi modelli mostrano come nei bambini, costretti a sopravvivere grazie alla dissociazione per un periodo di tempo prolungato, possono comprometersi le funzioni integrative in misura tale che, secondo Van der Hart et al (2006) si verifica una dissociazione strutturale della personalità.

Il modello della dissociazione strutturale è ampiamente accettato all'interno della ISSTD e della ESTD e ha alcune ricerche a suo supporto (Nijenhuis, 2012; Reinders et al, 2003; Reinders, A. et al, 2006; Reinders, Willemsen & Vos, et. al., 2012; Schlumpf, Nijenhuis, Chalavi, et al., 2013).

Quando viene utilizzato nella pratica quotidiana il Modello della Dissociazione Strutturale è molto simile al modello degli Stati dell'Io.

Struik (2014) descrive l'uso del modello della Dissociazione Strutturale con i bambini e gli adolescenti e Wieland (2015) e Gerge et al. (2013) descrivono l'utilizzo dello

² Wieland (2015) e Dell e Mc Neil (2009) offrono una panoramica di diversi modelli.

Modello degli Stati dell'Io così come quello della Dissociazione strutturale sui bambini.

Qui non sapevo se lasciare il termine inglese o affiancare la traduzione italiana..

Silberg (2013) che descrive l' Affect Avoidance Theory (la Teoria dell'Evitamento dell'Affetto) che si basa sulla letteratura dello sviluppo, in modo particolare sul Discrete Behavioral States Model (Modello degli Stati Comportamentali Discreti) di Putnam (1997), sulla teoria dell'attaccamento, sulla teoria degli affetti e della neurobiologia interpersonale, per spiegare come e perché i bambini traumatizzati sviluppano strategie di coping dissociative. *"La Teoria dell'Evitamento dell'Affetto" offre un quadro teorico organizzato per una varietà di fenomeni dissociativi. Questa struttura vede i fenomeni dissociativi da una prospettiva normalizzante e adattiva. Questo modello è attento al modo in cui le deviazioni nella coscienza, nello sviluppo dell'identità, negli affetti o nel comportamento sono serviti per proteggere il bambino, e offre una struttura per re-indirizzare il bambino gradualmente a modelli di comportamento originari visti in una prospettiva di sviluppo più adattiva (normale)* (Silberg, 2013, p.17). L'essenza di questo modello teorico è affrontare un problema fondamentale nel bambino dissociativo, cioè evitare l'affetto/l'emozione.

Waters (in Wieland (eds.)2015) descrive il Modello Quadri Terapeutico per il Trattamento dei Bambini Dissociativi (The Quadri Therapeutic Model of Treatment of Dissociative Children) che integra i principi dalla teoria della Dissociazione Strutturale, dell' Attaccamento, della Teoria dello Sviluppo e dei Sistemi Familiari. Questo modello è stato ora adattato all'interno del Modello teoretico STAR. Il Modello STAR descrive tutte le teorie che devono essere prese in considerazione durante il trattamento del bambino dissociativo. Questo include le teorie dell'attaccamento, dei sistemi familiari, dello sviluppo neurobiologico e della dissociazione. Waters (206) enfatizza l'integrazione di tutte queste teorie nel trattamento del bambino dissociativo. Tutte le cinque teorie *"Sono percorsi che portano o influenzano l'uso della dissociazione in bambini e adolescenti"* (Waters, 2016.p.4). L'essenza di questo modello è di mantenere una prospettiva integrativa quando si lavora con la complessità del bambino dissociativo.

5. Valutazione

Identificare o diagnosticare la dissociazione richiede una valutazione approfondita che si rivolge a tutte le aree dello sviluppo del bambino. Questo include l'esplorazione di sintomi di dissociazione che potrebbero essere presenti nel bambino. I sintomi specifici che possono essere probabilmente di natura dissociativa sono riassunti di seguito. (CG)

- Il bambino potrebbe avere un 'compagno/persona immaginario/a', 'amici interni che nessuno conosce' o parlare con un 'amico invisibile'. Questi 'amici' o 'persone' sono solitamente al di fuori della tipologia o diversi nella qualità o nella funzione, rispetto ai normali amici immaginari nei bambini piccoli. Questi stati dissociativi possono essere vissuti come aiutanti, protettori, caregiver o perpetratori, o stati

dell'io regressivi più giovani. Essi non assomigliano agli amici immaginari che solitamente i bambini hanno come compagni di giochi. I bambini potrebbero vivere tali stati dissociativi come utili, controllanti oppure esserne spaventati o volersi "sbarazzare di loro", o sentirli "combattere/litigare", o sentire dei "messaggi" da parte loro.

- Il bambino può sentire 'voci' nella sua testa, che parlano, gridano o urlano. Il bambino può sperimentare voci che gli dicono di fare del male, abusare, attaccare gli altri o manifestare comportamenti inappropriati.
- Ci potrebbe essere una storia clinica di autolesionismo, o di comportamenti sessualizzati, aggressivi o violenti.
- Ci potrebbe essere una storia di sintomi fisici multipli che non sono riconducibili ad una origine organica. Può esserci dissociazione somatoforme con l'assenza di consapevolezza delle sensazioni fisiche che può portare, per esempio, ad enuresi o encopresi.
- Il bambino può avere amnesia su eventi neutri, positivi o negativi o su comportamenti inadeguati e negare qualsiasi coinvolgimento in tali eventi. Il bambino può anche riferire amnesia su cose che sono avvenute nei minuti precedenti. Il bambino dissociato viene spesso accusato di mentire, soprattutto di dire una bugia nonostante quello che riferiscono i testimoni oculari. Tali bugie vengono spesso viste come "non necessarie" o "senza senso".
- Il comportamento del bambino può cambiare rapidamente da calmo ad aggressivo, ansioso, regressivo o controllante. Il bambino può anche divulgare informazioni bizzarre o mostrare movimenti con il corpo ripetitivi, bizzarri. I bambini inoltre spesso mostrano una modifica significativa nella voce e nell'espressione facciale durante tali cambiamenti.
- Si riporta spesso una prestazione discontinua. Per esempio il bambino può essere capace di svolgere bene un'attività o mostrare una capacità un giorno e non essere in grado di svolgere la stessa attività o utilizzare la medesima abilità il giorno dopo. Il bambino potrebbe anche mostrare la medesima discontinuità in termini di preferenze per cibi o indumenti.
- Il bambino può fare fatica nel connettersi alla realtà mentre svolge degli incarichi a casa o a scuola e preferire spostarsi nella fantasia e/o alternarsi nell'essere dei personaggi di fantasia diversi. Il bambino fa fatica per connettersi alla realtà o può essere in grado di connettersi alla realtà per periodi di tempo limitati fino al punto in cui la fantasia inizia ad avere un impatto negativo sulle prestazioni generali del bambino. Questo comportamento solitamente differisce dalla fantasia normale nella quale il bambino si diverte con essa ma è capace di ritornare velocemente alla realtà e assumersi l'appropriata responsabilità nella situazione.
- La scuola può riferire problemi di concentrazione, stati come di trance e difficoltà di apprendimento spesso relativamente a mansioni che richiedono capacità integrative (lettura e matematica), o abilità oscillanti nelle attività scolastiche. Il punteggio del QI può essere irregolare o oscillante quando ripetuto nel tempo. Il bambino può mostrare differenti modi di scrivere.

Durante la valutazione le informazioni raccolte dal bambino devono essere

attentamente esplorate senza l'uso di domande suggestive o induttive (Walker,1999). I clinici devono essere cauti relativamente al rischio che il bambino possa sentirsi sotto pressione a rispondere, il che potrebbe indurre il bambino a cominciare a dissociare a causa del conflitto tra gli stati dissociativi. Quando i bambini non sono al sicuro e sono ancora oggetto di abuso o maltrattamento, potrebbero essere preoccupati nel rispondere o nel rivelare informazioni sul trauma o gli stati dissociativi e potrebbero diventare molto stressati per le domande o la valutazione. L'utilizzo di tecniche di grounding può alleggerire lo stress del bambino.

I bambini con sintomi o disturbi dissociativi manifestano sintomi o altri disturbi quali il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), disturbo dell'alimentazione, PTSD, disturbo reattivo dell'attaccamento (RAD), (ADHD), Disturbo da deficit Attentivo (ADD), disturbo affettivo specialmente depressione e disturbo bipolare II, disturbo da abuso di sostanze, autolesionismo e tentato suicidio, stati psicotici o pre-psicotici, Disturbo dello Spettro Autistico, Disturbo della Condotta e Disturbo Oppositivo Provocatorio che possono essere sia in comorbilità che non diagnosticati.

Nel porre diagnosi diverse bisogna essere sicuri che non ci sia un disturbo medico generale, che possa simulare un sintomo dissociativo, come disturbi epilettici, effetti legati all'assunzione di droghe e disturbi neurologici, che devono essere esclusi.

La valutazione dovrebbe essere globale includendo i seguenti (OP):

5.1 Interviste Cliniche (CG)

Le informazioni sulla storia del bambino, sintomi, esperienze traumatiche, funzionamento attuale o passato e trattamenti precedenti devono essere raccolte dai genitori, dai caregivers, dal bambino, dalle insegnanti o dalla scuola.

Sono necessari i seguenti elementi:

- E' necessario acquisire informazioni globali che riguardino la storia del bambino con particolare riferimento al legame primario, relazioni di attaccamento, esperienze traumatiche, sviluppo emotivo, sociale, fisico e cognitivo e su precedenti trattamenti (Waters, 2016).
- Durante la valutazione è necessario ottenere la storia completa del bambino con particolare riferimento alle esperienze traumatiche. Deve essere esplorata l'esposizione del bambino a trascuratezza, abuso fisico, emotivo o sessuale, violenza domestica, esposizione all'abuso da parte di gruppi organizzati, violenza comunitaria, bullismo, adozione (internazionale), isolamento, rifiuto, separazione precoce, perdita, morte, gravi malattie o procedure mediche traumatiche.
- Una valutazione dei sintomi dissociativi o trauma correlati sopra descritti come incubi, flashbacks e alti livelli di rabbia o ansia in relazione a certi stimoli (Waters, 2016).
- E' richiesta la valutazione della situazione del bambino in questo momento, sicurezza effettiva, vissuto di sicurezza attuale, figure di attaccamento significative, relazioni di attaccamento con genitori, o caregivers primari o altre relazioni

interpersonali (Waters, 2016). Ciò potrebbe portare a considerazioni giuridiche.

- Il clinico potrebbe dover ripetere la valutazione nel tempo dal momento che i bambini potrebbero inizialmente cercare di nascondere i sintomi dissociativi (Struik, 2014).
- Una analisi approfondita della cartella del bambino può dare informazioni su diagnosi multiple, trattamenti precedenti falliti, trattamenti in corso che non producono effetti e in generale, una storia di problemi di comportamento in aumento o oscillanti.
- E' necessario che venga esplorata la presenza di problemi di salute mentale, e la presenza di sintomi trauma correlati o di dissociazione nei genitori. Waters (2016) fornisce informazioni complete su come la dissociazione potrebbe essere sovrapposta o mal diagnosticata rispetto ad altre diagnosi differenziali. Tale aspetto deve essere molto ben approfondito durante la fase di valutazione.
- Yehuda (2016, p.171) sostiene una "valutazione sensibile al trauma", sia essa una valutazione psicologica o una valutazione del linguaggio e della lingua, dal momento che entrambi possono fornire informazioni significative relative al trauma e alla dissociazione.
- La scuola può dare informazioni sul funzionamento e il comportamento del bambino a scuola. Tali informazioni possono offrire informazioni significative relativamente al trauma e alla dissociazione (Yehuda, 2016).

Interviste Cliniche Strutturate (OP)

La versione 8.0 del DTD-SI (Ford and Developmental Disorder Work Group, 2011) è una intervista semi strutturata che valuta l'esposizione al trauma, la disregolazione, sintomi dello spettro post traumatico, la durata e il livello di compromissione sulla base della descrizione del Disturbo Traumatico dello Sviluppo (Van der Kolk, 2005). La SCID-D (Steinberg, 1993) si usa per bambini a partire dagli 11 anni di età. Le domande della SCID-D sono pensate per bambini che hanno 11 anni o più (indicativamente dalla scuola media). Tale scala è stata testata in un numero di (casi) studi (Carrion & Steiner, 2000; Sar, 2014). Ad oggi non sono stati effettuati studi con ricerche sistematiche, su una popolazione di ragazzi di età inferiore agli 11 anni. La congruenza tra ADES e SCID-D sembra essere debole (Carrion & Steiner, 2000, Sar, 2014). Le pubblicazioni sull'uso della SCID-D per i bambini più piccoli (11-17) possono essere scaricate da:

<http://ge.tt/9Cc2vEh1?c>

5.2 Questionari di Screening (CG)

Si raccomanda di utilizzare almeno un questionario per valutare lo stress post traumatico e i sintomi dissociativi del bambino, specificamente (le checklists auto-riportate) le liste di controllo self-report (discusse sotto) (Silberg, 2013; Waters, 2016). L'interpretazione deve essere fatta con cautela. Questi questionari possono confermare la dissociazione del bambino, ma *non si può escludere con certezza che quel bambino sia dissociativo* dal momento che spesso questi bambini non rivelano i loro sintomi dissociativi. I questionari possono anche essere usati come una base per ulteriori interviste sui sintomi dissociativi (Silberg, 2013).

Bisogna tenere in considerazione che i punteggi possono aumentare anziché diminuire dopo un periodo di trattamento perché il bambino si sente più al sicuro nel rivelare esperienze interne in modo più accurato.

Si raccomandano i seguenti questionari sui sintomi dissociativi: (CG)

- Child Dissociative Checklist (CDC) (Putnam, Helmers, & Trickett, 1993). Un questionario per bambini dai 4 ai 14 anni compilato dai caregivers con una eccellente validità ed affidabilità (Putnam & Peterson, 1994). Anche gli insegnanti possono compilare il CDC per determinare il livello dei sintomi dissociativi osservati in classe.
- The Child Dissociative Experience Scale and Post Trauma Inventory (CDES.PTSD) (Stolbach, 1997, adattato/validato? da Bernstein & Putnam, 1986). Il CDES valuta il PTSD e i sintomi dissociativi ed è un questionario autosomministrato per bambini dai 7 ai 12 anni ma può anche essere usato per bambini dai 12 ai 18 anni. Il CDES è stato tradotto in molte lingue Europee (si veda <http://www.estd.org>).
- The Adolescent Experience Scale (A-DES) (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero, & Smith, 1997; Farrington, Waller, Smerden, & Faupel, 2001; Smith & Carlson, 1996). La A-DES è un questionario autosomministrato per gli adolescenti che valuta i sintomi e le esperienze dissociative.
- The Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). Il SDQ-20 è un questionario autosomministrato per adolescenti dai 16 anni per valutare la gravità della dissociazione somatoforme.

Oltre ai questionari sui sintomi dissociativi, ci sono strumenti di screening standardizzati che possono essere utilizzati per vagliare i sintomi da PTSD come il Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996), The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSC(Y)C Briere et al., 2001), ASC-Kids (Kassam-Adams 2006), the Children's PTSD Inventory (Saigh, Yasik, Oberfield, Green, Halmandaris, Rubenstein, Nester, Resko, Hetz, & McHugh, 2000). Il Child Behaviour Checklist (CBCL) per bambini da 1-5 e 6-18 anni, il Teachers Report Form (TRF) per bambini dai 6-18 e il Youth Self Report per bambini (YSR) dai 12-18 anni può fornire preziose informazioni sul fatto che il bambino si trovi nella gamma normale, borderline o clinica dei Problemi da Stress Post Traumatico (Achenbach & Roscorla, 2007).

5.3 Test psicologici (tecniche proiettive, test neuropsicologici, etc.) (CG)

Gli strumenti psicologici normalmente usati nelle valutazioni non possono essere utilizzati per diagnosticare la dissociazione, ma le risposte e il comportamento mostrato durante la somministrazione dei test psicologici può aiutare nel rilevare la dissociazione (Silberg, 1998). Durante la valutazione si può osservare la prevalenza di sintomi dissociativi, per esempio, nello sguardo fisso, nel cambiare la voce, nello sguardo fluttuante, gli occhi che si aprono e si chiudono velocemente o che ruotano, e/o attraverso la presenza di un compagno immaginario (Waters, 2016). La valutazione clinica del bambino dovrebbe essere completata con:

- Tecniche proiettive adatte all'età come ad esempio i disegni, l'uso del vassoio di sabbia o i giochi (Silberg, 2013; Waters, 2016; Wieland, 2015). I disegni del bambino e le informazioni acquisite durante la valutazione possono riflettere una significativa assenza del normale livello di integrazione atteso. Il bambino può esprimere il senso di frammentazione del sé, usando più stati dissociativi nei disegni del corpo, si identifica come più persone o usa nomi multipli per il sé o non rappresenta nei disegni alcuni stati dissociativi poiché vissuti come figure non identificabili.
- La Tecnica Dentro-Fuori (Inside-Outside Technique) (Baita, 2015a e Baita, 2015b) con la quale il bambino disegna l'interno e l'esterno della testa, è stata sviluppata specificatamente per essere utilizzata con i bambini con disturbi dissociativi sia nella fase di valutazione che di trattamento. (CG).
- Dovrebbero essere fatte domande specifiche sulla dissociazione quando per esempio i genitori/caregivers osservano cambiamenti repentini nel bambino, o sentono che il bambino parla utilizzando voci diverse etc. (Waters, 2016)

I dati disponibili dalla popolazione adulta che ha un DID (differenti strutture di personalità nel Rorschach rispetto al disturbo dissociativo dell'identità, disturbo di personalità borderline, e pazienti psicotici ricoverati) mostrano caratteristiche specifiche nel test di Rorschach che dovrebbero essere prese in considerazione per la popolazione degli adolescenti in studi futuri (Brand, Armstrong, Lowenstein, & McNary, 2009). Silberg (2013) descrive inoltre caratteristiche specifiche - un numero maggiore di immagini patologiche e deteriorate - nelle risposte ai test proiettivi (TAT e Rorschach).

6. Trattamento

Nonostante la mancanza di dati di ricerca, il modello a tre fasi, sviluppato per il trattamento degli adulti (Herman, 1992), è comunemente usato per il trattamento dei bambini con sintomi o disturbi dissociativi (ISSTD Guidelines, 2003). Nella prima fase, la stabilizzazione, il bambino ha bisogno di essere stabilizzato a sufficienza per poter essere in grado di affrontare i suoi ricordi traumatici e iniziare l'elaborazione del trauma. Il bambino necessita di riuscire a far fronte allo stress che è collegato a questi ricordi traumatici e utilizzare le sue capacità per pensare e valutare. La stabilizzazione sembra essere indispensabile per i bambini dissociati per poter elaborare con successo il trauma. Gli interventi nella fase di stabilizzazione devono essere strutturati in un ordine specifico, seguendo lo sviluppo del cervello. Il modello neuro-sequenziale della terapia (NMT) (Perry, 2006; Perry & Dobson, 2013) offre un modello per valutare i casi di trauma (attraverso una mappa cerebrale funzionale) e fa raccomandazioni per il lavoro clinico basate su questo approccio neurologico. Il modello NMT sottolinea l'importanza della ripetizione di pattern di attività per indirizzare le parti del cervello scarsamente organizzate. Il lavoro viene effettuato con il bambino, genitori e tutte le figure che ruotano intorno al paziente ed è orientato in maniera sistematica (Ardivison et al, 2011; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015). Diversamente dal lavoro con gli adulti, non è necessario conoscere perfettamente dall'inizio il mondo interno del

bambino. Il lavoro con le parti della personalità è fatto solo per ristrutturare i contenuti negativi dissociati (Silberg, 2013; Struik, 2014; Waters, 2016; Wieland, 2015).

Nella fase successiva, l'elaborazione del trauma, le memorie traumatiche vengono elaborate. Nell'ultima fase, l'integrazione degli stati dissociativi e il muoversi verso comportamenti adeguati all'età, il bambino lavora per migliorare le strategie per gestire lo stress, così da evitare future traumatizzazioni e poter proseguire la propria vita in un modo più funzionale. Durante la fase di stabilizzazione, così come durante la fase di elaborazione delle memorie traumatiche, il clinico deve prestare attenzione al funzionamento degli stati dissociativi. Essi possono mostrarsi nel gioco, sintomi o comportamento. Il bambino deve essere guidato nel riconoscere e nel comprendere gli stati dissociativi: i loro sentimenti, desideri, funzione, ciò che rappresentano o di cui hanno bisogno. Tali stati possono essere identificati nella fase di stabilizzazione così come durante l'elaborazione del trauma come stati dissociativi più giovani e spaventati o bisognosi, così come aiutanti, protettori, o introiezioni di caregivers o perpetratori.. Questa è la fase in cui si deve conoscere ciò che è nascosto (U nel modello EDUCATE) così come rivendicare ciò che è nascosto come proprio (E nel modello EDUCATE). E' importante che il clinico non incoraggi ad emergere gli stati dissociativi nè si rivolga direttamente a loro nelle comunicazioni. Il compito dello specialista è quello di mostrarsi coerente e rispettoso nei confronti di tutti gli stati dissociativi e piuttosto incoraggi il bambino ad 'Ascoltare' (Silberg, 2013) o a 'Controllare all'interno' della sua testa o della sua mente (Waters, 2016) quando il terapeuta ha bisogno di informazioni che riguardano gli stati dissociativi. Questo rende il bambino capace di connettersi con i suoi stati dissociativi, di promuovere la comunicazione interna e di controllare gli stati dissociativi più complessi. Questo inoltre permette al bambino di rivendicare ciò che è nascosto (C nel modello Educate) (Silberg, 2013). Questo promuove l'accettazione dei sentimenti, sensazioni, paura e agitazione nei confronti delle parti nascoste del sé e da un senso alla sua origine. Tale processo inoltre permette al bambino di sviluppare una memoria autobiografica appropriata all'età dal momento che il bambino può lavorare con il terapeuta per collegare l'origine degli stati dissociativi con un evento traumatico reale avvenuto nella vita/storia del bambino. Waters & Raven, (2016) propongono l'utilizzo dell'arte in collaborazione con la psicoterapia, specialmente nei casi di stati nascosti. L'unica circostanza in cui il terapeuta si rivolgerà direttamente ad uno stato dissociativo, è quando lo stato dissociativo è presente nella stanza e non si può accedere al bambino in nessun altro modo.

Silberg (2013) descrive cinque Principi del Trattamento e cioè

1. Un atteggiamento di profondo rispetto per la saggezza delle strategie individuali di coping;
2. Una intensa convinzione nelle possibilità di guarire e il potenziale per prosperare nel futuro;
3. Utilizzare un approccio pratico alla gestione dei sintomi;
4. Creare una relazione che sia di valutazione e di aspettativa;
5. Riconoscere i sintomi traumatici come sia automatici che appresi

Poiché tutti i paragrafi sul trattamento sono basati sul CG, solo le eccezioni saranno contrassegnate come OP o NE.

Modelli di trattamento specifici per la dissociazione

Molti autori descrivono modelli di trattamento specifici per i bambini dissociativi che si sovrappongono in molte aree: Il contributo iniziale (più antico) è stato offerto da Silberg & Waters (1998) che hanno identificato le fasi del trattamento del bambino dissociativo nel Coinvolgimento (Engagement) che include la stabilizzazione, Lavoro sul trauma e Risoluzione, che include l'integrazione.

Waters (2016) ha anche promosso una integrazione di diverse teorie nel trattamento del bambino dissociativo (Il Modello Teorico STAR). L'autrice sostiene che per poter trattare efficacemente la dissociazione devono essere presi in considerazione contemporaneamente durante il percorso terapeutico il sistema di attaccamento del bambino, gli aspetti legati al suo sviluppo, il sistema familiare e neurobiologico. Anche Wieland (2017) sottolinea l'importanza del lavorare con i genitori mentre si tratta il bambino.

Wieland (2015) descrive la fase di stabilizzazione nel trattamento di questi bambini come: creare sicurezza, stabilità nella vita quotidiana, psicoeducazione, maneggiare i triggers. Silberg (2013) presenta il suo modello per fasi (EDUCATE) specifico per il trattamento di bambini con disturbi dissociativi che è formato dai seguenti elementi: Psico-educazione, motivazione, diminuzione dell'amnesia, regolazione degli affetti ed attaccamento, triggers e integrazione degli stati dissociativi.

Modelli di trattamento per traumi complessi e dissociazione

Sono altrettanto utili dei modelli di trattamento con applicazioni più ampie pensati per bambini con traumatizzazione cronica e dissociazione.

Il modello di trattamento ARC sviluppato da Blaustein e Kinniburgh (2010) offre una impalcatura teorica, principi fondamentali di intervento, e una struttura guida per coloro che lavorano con questi bambini e i loro caregivers, pur riconoscendo che un modello di 'un formato' non possa adattarsi per tutti. ARC è indirizzato a bambini che vanno dalla prima infanzia all'adolescenza e chi si occupa di loro o al sistema dei caregivers. Le principali aree su cui il modello ARC si focalizza sono i tre domini fondamentali nella vita del bambino che risentono particolarmente dell'impatto all'esposizione con traumi relazionali (interpersonali) cronici, e cioè attaccamento, autoregolazione e sviluppo di competenze.

L'Integrazione dell'Esperienza Traumatica (Trauma Experience Integration) , il blocco di costruzione finale, integra la gamma di competenze presenti nei tre domini per consentire al bambino di costruire una percezione del sé più coerente e integrata.

Struik (2014) descrive il metodo "Sleeping dogs" (dei Cani che Dormono) per i bambini con una traumatizzazione cronica con specifici interventi per i bambini e gli adolescenti dissociativi. La fase di stabilizzazione è strutturata attraverso sei 'prove': Sicurezza, Vita Quotidiana, Attaccamento, Regolazione Emotiva, Shift-Spostamento Cognitivo e la Sintesi (The Nutshell) . Queste prove hanno un ordine prestabilito e i Sei Moduli di Prova guidano i clinici nell'analizzare le situazioni e il piano di

trattamento. Ogni prova ha un gruppo di interventi che possono essere utilizzati per aumentare la stabilizzazione se il bambino non supera la prova.

Lo scopo principale della stabilizzazione è quello di creare abbastanza stabilità per accedere alla fase di elaborazione. Dopo la stabilizzazione, la tecnica dei "Sleeping dogs" (Cani che Dormono) descrive gli interventi nella fase di elaborazione del trauma con l'uso dell'EMDR e nella fase di integrazione.

Nei seguenti paragrafi sono descritte tutte le fasi di trattamento per i gruppi di età dai 4-18 anni e 0-4 anni e strutturate secondo le 'Sei Prove' (Struik, 2014).

6.1 Fase di Stabilizzazione dai 4 ai 18 anni.

Nella fase di stabilizzazione l'enfasi è posta sull'aiutare il bambino a sviluppare una regolazione emotiva, migliorare le relazioni di attaccamento con i suoi⁵ caregivers primari così come sull'essere in grado di interiorizzare un vissuto di sicurezza prima di elaborare il materiale traumatico.

6.1.1 Psicoeducazione e motivazione per i bambini e caregivers

Prima di iniziare il trattamento è necessario motivare il bambino e i suoi caregivers. Solitamente questi bambini non sono motivati a ricordare i loro traumi poiché possono esserne sopraffatti e per questo potrebbero cercare di 'dimenticare' le memorie traumatiche. Loro non vedono alcun vantaggio nel ricordare dal momento che spesso non collegano a queste memorie traumatiche le loro difficoltà attuali come una forte rabbia o ansia, difficoltà di concentrazione o il 'dimenticare' gli eventi.

Dai 4 anni di età del bambino e coinvolgendo i caregivers, si comincia con la psicoeducazione (E nel modello EDUCATE, Silberg, 2013) sulla dissociazione, gli stati dissociativi, il cervello, la regolazione dello stress, la finestra di tolleranza e l'attaccamento, così che il bambino possa cominciare a capire se stesso⁶ e le sue reazioni e comportamenti. Silberg (2013) e Struik (2014) sottolineano come i bambini abbiano bisogno di sapere che devono assumersi la responsabilità per i loro comportamenti, nonostante quale stato dissociativo stia prevalendo, e che tutti gli stati dissociativi hanno bisogno di lavorare insieme per promuovere un comportamento più adattivo. E' anche importante che il bambino capisca che nessuna parte del Sé dovrebbe essere ignorata durante il percorso terapeutico. Allo stesso modo il bambino deve capire che le voci, i compagni immaginari, le parti del Sé e i sentimenti sono memorie di ciò che è accaduto nel passato. La psico-educazione aiuta i caregivers e i genitori a capire meglio il bambino e il suo comportamento e questo permette loro di rispondere in modo diverso. Al fine di spiegare il funzionamento dei diversi stati dissociativi al di fuori dello stato di coscienza ordinaria del bambino, possono essere utilizzati libri, foto, disegni o metafore. I concetti base sul funzionamento dei neuroni e il potenziale di cambiamento nel cervello potrebbe aiutare il bambino a sentirsi più

³ 'Suoi' si intende sia al maschile che al femminile lungo tutte queste linee guida.

⁴ 'Se Stesso' può essere inteso anche come 'se stessa' lungo tutte queste linee guida

motivato a impegnarsi nella terapia . Coppens, Snijderberg & Von Kregten (2016) sottolineano con enfasi come la scuola e gli educatori del bambino abbiano necessità di avere una psico-educzione adeguata. Potrebbero anche aver bisogno di una strategie di intervento diversa per esempio, a partire dalla metafora di Coppens et al. (2016) che descrive il bambino (dissociativo) come un alunno che frequenta la scuola con una "valigia invisibile" che contiene il trauma.

Silberg, (2013) descrive inoltre la necessità di analizzare ed affrontare i fattori che mantengono il bambino legato alle strategie dissociative: Motivazione Dissociativa (D nel modello EDUCATE). "Assumere strategie di evitamento dissociative è diventata una modalità abituale di vita per molti bambini traumatizzati. Le loro dimenticanze, comportamenti automatici, e lo splittare di stati, tiene gli altri lontano, e permette loro di tenersi a distanza dall'affrontare gli effetti delle loro azioni.

Portarli ad essere motivati a trovare un altro modo per affrontare la situazione è una sfida enorme" (p.70). Il bambino ha bisogno di speranza e dovrebbe essere aiutato a sviluppare una prospettiva futura e comprendere la realtà circa l'impatto che avrebbe sulla sua vita il non occuparsi del trauma e della dissociazione. Dovrebbero essere affrontate il prima possibile le aree che potrebbero sostenere la dissociazione. Waters (2016), dichiara che ciascun stato dissociativo ha un significato ed è importante lavorare con esso. Secondo Waters il comportamento potrebbe essere talvolta "codificato e nascosto" e potrebbe essere un modo per esprimere all'esterno il modo interno del bambino.

6.1.2 Sicurezza

La sicurezza è la principale priorità quando si trattano bambini traumatizzati (AACAP, 2005; ISSTD, 2003; Zeanah, Chesher & Boris, 2016). E' chiaro che l'elaborazione del trauma non può essere efficace se il bambino continua a vivere nuove esperienze traumatiche. Oltre ad essere al sicuro, il bambino deve anche sentirsi al sicuro. Un bambino che si sente minacciato si concentrerà sul mondo che lo circonda per proteggersi, il che può elicitare risposte di attacco/fuga/freezing o bisogno di dissociarsi. Per poter elaborare le memorie traumatiche il bambino deve di rivolgere l'attenzione al suo interno, il che lo pone in una condizione di vulnerabilità. Il bambino è in grado di svolgere tale compito solo se non ci sono minacce percepite dall'esterno. Ci sono quattro aspetti che riguardano la sicurezza: sicurezza fisica, controllo del comportamento, sicurezza emotiva e terapeutica. Qualche volta può essere necessario il collocamento del bambino in una comunità per permettere questo livello di controllo sul suo comportamento. (OP)

La sicurezza fisica significa che l'abuso è finito. Sign of Safety (Segno di Sicurezza) (Turnell & Edwards, 1999), Resolution (Risoluzione) (Turnell & Essex, 2006) oppure un altro approccio di sicurezza pianificato con le famiglie sono metodi che possono essere utilizzati per incrementare la sicurezza dei loro figli.

Inoltre il bambino ha bisogno di avere un adulto sicuro che sia in grado di gestire i suoi comportamenti. Un adulto che lo metta a letto all'ora giusta, lo aiuti ad andare a scuola e assicuri che andrà in terapia regolarmente è importante nella vita del bambino. Se questo adulto ha sufficiente autorità e capacità di controllo sul

comportamento del piccolo paziente offrirà al bambino un senso di sicurezza.

Un bambino ha bisogno di essere supportato quando deve affrontare le difficoltà collegate ai suoi ricordi traumatici. La sicurezza emotiva significa che il nostro paziente ha una figura di attaccamento che offre continuità nella relazione. I bambini che non hanno una figura di attaccamento sicura, disponibile di solito non riescono ad essere motivati ad accedere ai ricordi traumatici per l'elaborazione. Senza una figura di attaccamento coerente e disponibile il bambino può essere sopraffatto dalle emozioni e i sintomi possono peggiorare. Questa figura di attaccamento è una degli elementi chiave nel trattamento.

L'ultimo elemento legato alla sicurezza è la sicurezza nella terapeutica: un bambino deve sentire di avere il permesso dai genitori per parlare in seduta delle sue esperienze traumatiche. Se non ce l'ha, troverà molto difficile assolvere a questo compito. Un bambino con disturbo o sintomi dissociativi può anche avere un genitore con uguale patologia. Quindi è addirittura più importante essere sicuri che tutti gli stati dissociativi del genitore siano d'accordo circa il suo parlare e partecipare ad un percorso terapeutico o che il bambino abbia un'altra figura di attaccamento su cui contare durante la terapia. (OP)

6.1.3 Vita Quotidiana

Oltre alla sicurezza il bambino ha anche bisogno di stabilità e prevedibilità nella vita quotidiana. Quando si avvia l'elaborazione del trauma non dovrebbe dover incontrare nuovi problemi che richiedano ripetutamente la sua attenzione. Inoltre, la fase di elaborazione del trauma richiede molte energie e può portare ad un momentaneo peggioramento dei sintomi. Il bambino e i suoi caregivers dovrebbero essere preparati a far fronte a questo. Diversamente, il bambino ha bisogno di mantenere il suo focus sul mondo esterno e non è in grado di porre l'attenzione su quello interno. Al fine di poter cominciare il lavoro sul trauma bisogna occuparsi dei problemi nella vita quotidiana che devono essere identificati e affrontati, come ad esempio problemi del sonno, incubi, intrusioni, dissociazione, abuso di sostanze, mancanza di routine quotidiana, problemi di cibo, scuola e comportamento.

E' importante scoprire con il bambino e chi si occupa di lui quali situazioni e quali comportamenti dei caregivers o degli insegnanti nella vita quotidiana fanno da trigger al paziente che reagisce con la dissociazione. Allo stesso modo è importante capire quale comportamento del bambino fa da trigger ai caregivers e che attivano comportamenti inadeguati verso di lui. Il bambino ha bisogno di identificare i triggers e quando e come gli stati dissociativi si presentano.

L'esercizio del Qui ed Ora (The Hear and Now) (Struik, 2014, p. 96-97) può aiutarli ad acquisire maggiore controllo sulla dissociazione. L'esercizio del Posto Sicuro (Safe Place) (Struik, 2014, p. 94-95) può aiutare il bambino a calmarsi se è già riuscito a regolare un certo livello di emotività. Cure inadeguate o esperienze d'abuso nell'infanzia produrranno gravi conseguenze nello sviluppo cerebrale del bambino e inducono la formazione di stati dissociativi. Gli esercizi che aiutano il bambino a stabilizzarsi nella vita quotidiana funzionano meglio se ripetuti e strutturati, e focalizzati sul calmarsi e l'auto-regolazione (Perry & Dobson, 2013).

La terapia farmacologica è prioritariamente usata per ridurre i sintomi che interferiscono nel funzionamento della vita quotidiana o nel trattare condizioni di comorbidità in modo tale che il bambino/adolescente possa trarre maggiori benefici dal lavoro terapeutico. Non esiste un farmaco specifico per la dissociazione ma nuovi studi sulla farmacoterapia a base epigenetica potrebbero fornire in futuro di più opzioni di trattamento specifiche per bambini con traumatizzazione complessa. L'utilizzo di farmaci differisce tra paese e paese e dipende da specifiche linee guida (ci sono paesi nei quali non è permesso l'uso di farmaci al di fuori delle indicazioni strettamente ufficiali) Stierum, un neuropsichiatra infantile, (in Waters, 2016) e Nemzer (1998) descrivono la loro esperienza nell'utilizzo dei farmaci al di fuori delle indicazioni ufficiali per questi bambini.

6.1.4 Attaccamento

Un bambino dovrebbe avere una figura di attaccamento che sia in grado di regolare il suo livello di stress e lo sostenga durante l'elaborazione del trauma. Diversamente il livello di stress nel bambino può diventare troppo alto e può esserne sopraffatto o dissociarsi. I bambini con disturbi dissociativi spesso mostrano un attaccamento disorganizzato verso i loro caregivers unito a trascuratezza fisica ed emotiva, maltrattamento e abuso (Waters, 2016). Non hanno sperimentato una sintonizzazione sensibile da quando erano molto piccoli. Inoltre per chi si occupa di loro, le reazioni di questi bambini possono essere difficili da capire o rispondervi in modo sensibile e adeguato. Il compito principale è rinforzare la relazione di attaccamento tra adulto e bambino (Wieland, 2017). Ciò richiede aggiustamenti da entrambe le parti: la figura di attaccamento e il bambino. Il terapeuta deve gestire questo processo in modo abile, per includere sia il genitore che il bambino nel processo terapeutico e mantenere l'empatia e comprensione per entrambi. E' necessario che il terapeuta sia consapevole del transfert e controtransfert che potrebbero essere parte di questo processo (Wieland, 2017).

La prima parte del lavoro sull'attaccamento è dedicata ad aumentare la sintonizzazione della figura di attaccamento verso il bambino. I genitori/caregivers devono avere in mente che molto spesso il comportamento del bambino (o gli stati del bambino) rifletterà le relazioni interpersonali vissute dal bambino al momento della traumatizzazione o derivanti dalla sua famiglia di origine o non legati al momento presente. Questo può aiutarli a sintonizzarsi meglio con lui e a regolare lo stress nel bambino. I caregivers devono capire cosa succede all'interno del bambino ed esserne consapevoli così da entrare in relazione con i differenti stati dissociativi. La figura di attaccamento deve essere in grado di mantenere la calma e mettere da parte i propri bisogni quando il bambino entra nel panico, si arrabbia o viene sopraffatto. Ciò può essere difficile per i genitori/caregivers (figure di attaccamento) che siano essi stessi traumatizzati o presentano disturbi dissociativi. Le forti emozioni del bambino possono fare da trigger per loro e rendere molto difficile rimanere sintonizzati col bambino. La figura di attaccamento ha bisogno di mantenere la calma così da essere in grado di adattare la sua capacità genitoriale in modo tale da riuscire ad attivare il sistema di attaccamento del bambino. Alcuni genitori o caregivers trovano tale compito molto difficile, il che è comprensibile, dal momento che la mente del genitore

contiene più pattern genitoriali che potrebbero dover cambiare durante questo processo (Wieland, 2017). I bambini con disturbi dissociativi spesso mostrano comportamenti diversi e più estremi a casa rispetto per esempio a quelli mostrati a scuola o nei confronti dei clinici e in questo modo lo stress, l'aggressività e il rifiuto da parte del genitore o dei caregivers potrebbe essere poco riconosciuto o sottostimato. Molti genitori o caregivers non si sentono capiti. Se un genitore o un caregiver non riesce a restare calmo è importante riconoscerlo e assistere il genitore o il caregivers al fine di trovare una soluzione che sia di aiuto al bambino, ma senza chiedere loro l'impossibile. Si rivelerà importante anche aiutare il genitore a instaurare una relazione di attaccamento con tutti gli stati dissociativi durante il percorso terapeutico, e anche aiutarli a capire che alcuni stati dissociativi sono resistenti all'attaccamento. Per ottenere questo scopo spesso è necessario prevedere una separazione fisica tra il bambino e il caregiver/genitore.

Dal momento che i genitori o i caregivers rappresentano parte integrante del processo terapeutico, essi hanno bisogno di essere monitorati regolarmente così da valutare eventuali percorsi di sostegno per la traumatizzazione secondaria (vicaria). I comportamenti estremi del bambino possono traumatizzare i caregivers e alcuni di loro possono necessitare di un trattamento per il trauma. (OP) Secondo Hughes & Baylin (2010) i clinici hanno bisogno di co-regolare in primo luogo le esperienze emotive negative nei genitori prima che essi siano in grado di accedere al ruolo di supporto al bambino nell'accedere al trauma. Gli autori fanno riferimento ai genitori che sperimentano un "blocco nell'accudimento" e si spostano verso uno stato mentale difensivo nel quale essi si focalizzano sulla 'inadeguatezza' del comportamento del loro bambino, e non sul trovare un significato a quel comportamento.

Alcuni clinici coinvolgono i genitori nelle sedute di terapia, sia in modo selettivo che con più regolarità, così da permettere ai genitori di avere una migliore comprensione del processo terapeutico del bambino, agire come un rifugio sicuro per il bambino durante la terapia, e/o essere una parte attiva nel percorso terapeutico del bambino. (Hughes, 2006, Potgieter-Marks, 2015; Waters, 2015). Altri coinvolgono i genitori nel processo terapeutico ma non necessariamente nella stanza di terapia con il bambino tutto il tempo. Silberg (2013) riporta in che modo lei spiegherà le cose ai bambini e invitando poi i genitori dentro la stanza così che sia il bambino a spiegare le stesse cose a loro. E' anche importante continuare durante tutto il processo ad avere alcune sedute con i genitori così da confrontarsi sui comportamenti del bambino e su come i genitori possono gestirli (Wieland, 2015, 2017).

La seconda parte del lavoro sull'attaccamento si focalizza sull'attivare il sistema di attaccamento e promuovere in modo salutare la co- ed auto-regolazione del bambino attraverso esercizi per il bambino e la figura di attaccamento, sperimentati in terapia e ripetuti quotidianamente a casa. Lo scopo principale durante il lavoro sull'attaccamento è quello di aiutare il genitore/caregiver a regolare l'arousal e l'affetto con e per il bambino. Lo stato di iper-arousal e ipo-arousal è una reazione temporanea per affrontare le emozioni soprafacenti. Per un bambino che è vittima di

traumatizzazione complessa questo stato può diventare più frequente e cronico, anche se il bambino si trova al sicuro ora.

Il primo passo quando si incontra il bambino è instaurare una relazione terapeutica e promuovere la speranza. Il bambino ha bisogno di essere rassicurato sul fatto che è accolto e benvenuto dal clinico nel modo in cui lui è e che il clinico è capace di contenere i ricordi spaventosi, le sensazioni sopraffacenti e anche gli stati dissociativi che sono spaventanti, bisognosi o che manifestano comportamenti estremamente distruttivi o auto-distruttivi. (OP)

Esempi di interventi sono:

- Il lavoro sul/con il corpo può aiutare il bambino a calmarsi (iper-arousal) o attivarsi (ipo-arousal): esercizi tipo il saltare sul trampolino, ballare con la musica che piace al bambino, gli esercizi del tamburo e della respirazione, usare un "profumo sicuro", offrire del cibo masticabile, permettere al bambino di ciucciare da una bottiglia, succhiare lecca lecca aiuta il bambino ad essere più radicato, aumenta la regolazione emotiva e ad essere consapevole di essere "qui ed ora" (Potgieter Marks, 2017).
- Gli stati dissociativi piccoli, che si presentano spesso in uno stato di ipo o iper arousal, possono essere supportati attraverso il gioco dello sguardo-fisso, il contatto corporeo che sia sicuro e nutritivo (se il bambino lo tollera), essere scosso in un'amaca o essere nutrito. Le narrazioni o le canzoni fatte da sé che siano focalizzate sulle risorse o sul sentirsi al sicuro possono calmare il bambino. Uno strumento utile può essere l'utilizzo di una forma guida-video sull'interazione per migliorare l'attaccamento (Havermans, Verheule & Prinsen, 2014).
- I bambini con disturbi dissociativi hanno spesso difficoltà nel controllare la loro rabbia. I genitori/caregivers hanno bisogno di essere istruiti su come stare vicini ai loro bambini ed aiutarli a regolare la loro rabbia e calmarli. Inoltre essi devono stabilire confini chiari così che i bambini si possano sentire contenuti. Il bambino che mostra sintomi dissociativi ha bisogno di imparare che è responsabile dei comportamenti distruttivi anche se ha delle amnesie su ciò che ha fatto. Un atteggiamento di accettazione nei confronti di tutti gli stati dissociativi inclusi quelli arrabbiati/rabbiosi/violenti aiuterà il bambino nell'accettare tali stati come parte di sé. Il rifiuto di alcuni stati dissociativi o di certi sentimenti rinforza il bisogno di mantenere la dissociazione in/di questi stati. I genitori o i caregivers possono dire al bambino in terapia che essi accettano tutti i suoi stati dissociativi o scrivere una nota di ringraziamento allo stato del bambino che è protettivo o arrabbiato. Silberg (2013) si riferisce a Seligman, Steen & Peterson, (2005) che vedono nella gratitudine un antidoto contro la depressione e un elemento chiave per la salute mentale. La gratitudine nei bambini viene favorita attraverso la creazione/produzione di queste note di ringraziamento per tutto l'aiuto che i loro stati dissociativi hanno dato al bambino nel momento del trauma.
- Dal momento che alcuni bambini mostrano disagi a scuola, hanno bisogno di avere lì una persona di cui si fidano e che è disponibile ad entrare in connessione con il bambino. Possono anche essere introdotti interventi specifici in previsione della giornata scolastica e del sostegno costante a scuola così da favorire una figura di

'attaccamento' per il bambino a scuola (Bomber, 2007). Allen (2017) dichiara a proposito della scuola che "Un adulto chiave di supporto è vitale nel supportare il bambino rispetto alla disregolazione" (p.208).

6.1.5 Regolazione emotiva

Per aiutare il bambino a gestire l'arousal (A nel modello EDUCATE), il bambino ha bisogno di apprendere il senso dell'iper-arousal e dell'ipo-arousal e l'impatto sul suo corpo. Il bambino deve poter essere aiutato a diventare consapevole delle sue sensazioni corporee e gli possono essere insegnate diverse tecniche per gestire l'arousal. Durante le esperienze con l'arousal, il clinico e i caregivers devono essere sintonizzati con il bambino così da aiutarlo a regolare le esperienze sull'arousal. A questo punto il bambino potrà contare su tecniche inter e intrapersonali di etero- ed auto- regolazione.

Dopo che il bambino ha imparato a regolare l'arousal, può cominciare a imparare come gestire le emozioni. Ovviamente, lo sviluppo delle abilità nella regolazione emotiva dipendono dall'età del bambino. La dissociazione è un modo per sfuggire dalle emozioni soprafacenti. Durante l'elaborazione del trauma sentimenti intensi come rabbia, paura e vergogna possono sopraffare il bambino in misura tale che lui non è in grado di procedere. Il bambino può dissociarsi e perdere il contatto con il terapeuta. Egli può anche sentirsi troppo travolto dai sentimenti dopo la seduta, così che l'auto-lesionismo o l'abuso di sostanze si renda necessario per regolare le emozioni. Pertanto, per ridurre al minimo il bisogno di ricorrere alla dissociazione, i bambini con disturbi dissociativi hanno bisogno di un ampio lavoro di regolazione delle emozioni.

Il lavoro di regolazione emotiva prevede più fasi. Quando i bambini sono stati traumatizzati nell'infanzia possono manifestare difficoltà nel differenziare le emozioni e avere una minore capacità di insight nella loro vita emotiva. Inoltre, qualche volta tale vita emotiva sottosviluppata si presenta con una modalità autistica che può essere meglio compresa in un ottica di ritardo neurologico. Attraverso l'esplorazione delle sensazioni somatiche, il nominarle e associarle attraverso il sostegno del terapeuta e delle figure di riferimento, si può portare il bambino ad acquisire una maggiore consapevolezza emotiva. I bambini con disturbi dissociativi talvolta presentano stati dissociativi che apparentemente non mostrano sentimenti, o stati con sentimenti violenti e soprafacenti. Gli ultimi fanno sì che il bambino sia spaventato dai sentimenti in genere. I vari stati dissociativi poi si spaventano gli uni dagli altri. Essi non comprendono il comportamento e i sentimenti degli altri stati. Il bambino deve essere in grado di esperire ed accettare tutti i sentimenti e i comportamenti. Silberg, (2013) descrive anche l'importanza di affermare ciò che è nascosto in un sé (C nel modello EDUCATE). Il bambino deve imparare ad accogliere ciò che le loro menti hanno cercato di evitare e respingere. Questo molto spesso porta a sentire i sentimenti potenti che il bambino non era in grado di percepire o maneggiare prima e comincia a avere senso durante la terapia.

Una spiegazione circa lo scopo dei differenti sentimenti e comportamenti permette al bambino di imparare a capire meglio i suoi sentimenti azioni. Silberg (2013) spiega l'importanza che assume per il bambino il comprendere ciò che è nascosto dietro gli

stati dissociativi (U nel modello EDUCATE). Questo processo aiuta il bambino a svelare le parti nascoste dell'affetto attivato automaticamente, repertori dell'identità e del comportamento che lo aiutano a bypassare la consapevolezza centrale e rifiutare il confronto. Successivamente, essi hanno bisogno di imparare ad accettare e tollerare le emozioni e ad esprimerle e regolarle nella vita quotidiana. Solo in quel momento possono cominciare ad accettare e tollerare le vecchie emozioni collegate al trauma.

Il bambino deve poter riflettere su tutti i comportamenti, terribili quanto possano essere, per poter raggiungere un maggiore benessere nella quotidianità. Questi comportamenti erano importanti nel passato per permettere al bambino di sopravvivere alle esperienze traumatiche, ma nel presente provocano grave disagio nel bambino e/o nelle persone attorno al bambino. Nel momento in cui il bambino comincia a comprendere perchè alcuni stati dissociativi mostrano comportamenti complessi, tali comportamenti diventano meno spaventosi; c'è un motivo per cui si presentano così, e questo rende tutto più tollerabile per il bambino e i genitori/caregivers. Alcune volte il bambino può sentire voci che gli danno ordini aggressivi. Nel momento in cui il bambino comprende che la rabbia può essere utile e non cattiva, e come gestire la rabbia, sarà più in grado di accettare la propria rabbia.. In questo modo si può neutralizzare l'ansia, la paura o la fobia del bambino per il suo mondo interno.

6.1.6 Cambiamento (Shift) della cognizione

Se il bambino viene intenzionalmente o involontariamente traumatizzato da un genitore o da un'altra persona che ha uno stretto rapporto con lui, è importante rivedere la cosa in questa prova. I bambini spesso biasimano se stessi per quanto è avvenuto e hanno convinzioni tipo 'è colpa mia' o 'sono un bambino cattivo'. Attraverso il processo di elaborazione del trauma queste convinzioni cambiano e il bambino ha bisogno di modificare tali convinzioni in 'Io non sono responsabile' o 'sono un bambino buono'. Il bambino ha bisogno di attribuire la responsabilità dell'accaduto al perpetratore (spesso il genitore) senza rischiare di essere rifiutato. Solo in quel momento diventa possibile per il bambino modificare la convinzione. Ma, per poter dare la responsabilità a questo perpetratore (il genitore), il bambino deve sapere se il genitore lo riconosce, in modo tale che egli non abbia paura di essere rifiutato. Se il perpetratore (il genitore) o il genitore che non è riuscito a proteggerlo, non è in grado di riconoscere quanto avvenuto e incapace di confermare che non è accaduto per colpa o responsabilità del bambino, i bambini hanno la tendenza a essere leali e continuano a sentirsi responsabili. Solo quando i bambini hanno sviluppato un legame di attaccamento sufficientemente sicuro con un'altra persona (genitore non responsabile, genitore o caregiver affidatario o adottivo), possono correre il rischio di essere rifiutati dal perpetratore (genitore) e modificare la loro convinzione in ogni caso.

Se uno dei genitori è stato trascurante o abusante nei confronti del bambino, l'altro genitore viene considerato allo stesso modo responsabile per non averlo protetto. Questo è un concetto molto difficile per i non-perpetratori che si sentono già colpevoli. I clinici hanno la tendenza a minimizzare o addirittura negare la loro colpa o

responsabilità. Questo può mettere in difficoltà il bambino durante l'elaborazione del trauma. Negando tale responsabilità si potrebbe contribuire a mantenere un'inversione di ruolo nella relazione adulto-bambino poiché il bambino potrebbe continuare a credere che questo genitore non può proteggerlo e che lui ha bisogno di proteggersi da solo. Il bambino può avviare l'elaborazione del trauma solo quando sa che tali cambiamenti cognitivi possono essere fatti in modo sicuro (Struik, 2014).

In questa fase si possono fare molte cose. E' fondamentale mantenere un atteggiamento neutrale e essere disponibili nei confronti del genitore-perpetratore discutendo dei sentimenti positivi che il bambino può avere nei confronti del perpetratore o di quelli che può avere l'aggressore-genitore nei confronti del bambino. Nonostante ciò che lui o lei ha fatto, se un perpetratore mostra sentimenti positivi nei confronti del bambino, è importante dirlo al bambino. Se il bambino avverte che il clinico rifiuta il genitore, potrebbero attivarsi dei conflitti interni. E' altrettanto importante permettere al bambino di esprimere emozioni negative verso il genitore, se il bambino ha bisogno di questo. Ciò dovrebbe essere fatto con una modalità sicura e contenitiva. Il bambino deve imparare a tollerare sentimenti ambivalenti.

Potrebbe rivelarsi necessario un incontro tra il clinico ed il perpetratore, specialmente se il bambino continua ad avere contatti con quest'ultimo, finalizzato a comprendere in che misura questa persona sia in grado di assumersi le proprie responsabilità. Tale passaggio dovrebbe essere effettuato con cautela e la rassicurazione che tale incontro non destabilizzerà il bambino. Il paziente ha bisogno di sapere che il terapeuta lo sostiene, dal momento che i bambini che soffrono a causa di traumatizzazione complessa e dissociazione spesso soffrono a causa del trauma del tradimento (Freyd 1994, 1996, Freyd et al., 2005, Freyd & Birell 2013). I bambini con disturbi dissociativi captano con grande facilità i sentimenti di rabbia o rifiuto da parte del clinico nei confronti del genitore-perpetratore. Ciò dovrebbe essere evitato dal momento che significa rifiutare anche la parte più profonda del bambino identificata con il perpetratore interno del bambino.

Anche nell'essere troppo attenti nell'incontrare il perpetratore il terapeuta può far passare ansia così che il bambino sente che l'aggressore, e anche la sua parte più profonda, è molto pericolosa. Incontrare il genitore-perpetratore ascoltando la sua storia e parlando a lui del suo bambino spiegando l'impatto che il trauma ha sulle sue convinzioni, può indurre il perpetratore ad assumersi maggiori responsabilità. Tale informazione può essere usata per spiegare al bambino il punto di vista del genitore e le conseguenze di un cambiamento cognitivo. Il genitore potrebbe fare questo attraverso, per esempio, una lettera o un video, o il terapeuta può riferire al bambino la conversazione avuta con quel genitore. Con questa informazione il bambino può valutare il rischio di essere rifiutato dal genitore o dalla famiglia nel momento in cui avrebbe iniziato a parlare dei ricordi traumatici (Struik, 2014).

6.1.7 La Sintesi (Nutshell)

Un bambino con traumatizzazione cronica ha molte memorie traumatiche che hanno necessità di essere elaborate una per volta.

Perciò il bambino deve essere in grado di controllare l'attivazione e la disattivazione di alcune di queste memorie. Il bambino deve essere in grado di elencare o almeno

riassumere i principali ricordi traumatici senza esserne troppo disturbato. Se il bambino viene sopraffatto nel fare questo, è necessario lavorare ancora sulle fasi precedenti. I bambini con disturbi dissociativi spesso non ricordano tutte le esperienze traumatiche immediatamente. Spesso dopo l'elaborazione di alcuni ricordi se ne presentano altri. Le tecniche che possono essere utilizzate sono:

- Lavoro sulle immagini con una Cassetta di Sicurezza (Safe Deposit Box) (Struik, 2014, p. 95) o un Rifugio Sicuro (Safe Heaven) .
- Può essere utilizzata la Screen technique (tecnica dello Schermo) (Adler-Tapia, & Settle, 2008; Besser, 2011; Struik, 2014, p. 162) durante la fase dell'elaborazione del trauma. Questa consiste in uno strumento terapeutico, adattato dalla tradizionale ipnosi clinica, che cerca di dare al bambino il massimo controllo mentre sta elaborando il materiale traumatico. Il bambino fa esperienza di sé nel ruolo di un osservatore e proietta l'esperienza traumatica come se fosse un film su uno schermo immaginario. Il bambino decide quali stati dissociativi possono osservare il ricordo traumatico e quali invece devono stare in un posto sicuro. I ricordi positivi o delle foto preferite possono essere usati come uno screensaver che il bambino può attivare quando comincia a sentirsi sopraffatto (Huber, 2011).

6.2. Fase di elaborazione del trauma dai 4-18 anni

Negli adulti si consiglia di effettuare l'elaborazione del trauma nella fase centrale del trattamento, dopo la fase di stabilizzazione. Se l'elaborazione viene effettuata troppo in fretta, potrebbe destabilizzare l'adulto sopravvissuto, rendere necessaria l'ospedalizzazione, indurre autolesionismo o regressione. In ogni caso con i bambini e gli adolescenti, tale indicazione deve essere rivista per ogni situazione di ciascun bambino che va considerato unico. E' importante tener presente che i bambini e gli adolescenti non hanno avuto così tante opportunità per sviluppare forti difese di evitamento e fobia nei confronti dei contenuti traumatici così come hanno avuto gli adulti (Silberg, 2013; Struik, 2014).

Durante questa fase della terapia il bambino ha anche bisogno di conoscere i trigger ed essere messo nella condizione di elaborare il trauma (T nel modello EDUCATE). Il bambino ha anche bisogno di elaborare i sentimenti intensi di paura, abbandono, rifiuto, vergogna e ansia che potrebbe ancora incidere in modo significativo nella percezione del bambino su di sé. Durante l'elaborazione del trauma si dovrà porre un focus specifico sulla dissociazione somatoforme così come su sugli stati dissociativi che potrebbero causare comportamenti a rischio, autolesionismo o comportamenti violenti o sessualizzati. Questi stati dissociativi potrebbero essere più complessi da lavorare ma la loro integrazione solitamente porta un significativo sollievo per il bambino e gli adulti intorno a lui.

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) può essere utilizzato per elaborare le esperienze traumatiche. L'EMDR è un metodo evidence-based per il trattamento del PTSD utilizzabile con i bambini fin dall'infanzia. L'EMDR non richiede molte competenze verbali che spesso risultano sottosviluppate nei bambini

con disturbi dissociativi. Levine & Kline (2007) dichiarano che l'EMDR sembra avere maggiore accesso agli stati dissociativi del CBT, dal momento che la corteccia è spesso non utilizzabile o non disponibile durante la rievocazione del trauma.

L'Ipnosi o le Sintesi Guidate, utilizzate per gli adulti con disturbi dissociativi, non sono usate comunemente per i bambini con dissociazione.

L'uso del Dramma Simbolico (Symbol Drama) sembra essere un promettente metodo psicoterapeutico (piccolo studio pilota) nel quale l'adolescente si trova in uno stato di rilassamento e lavora sotto la guida del terapeuta con immagini e sogni ad occhi aperti (Nilsson, 2007; Nilsson & Watsby, 2010).

Anche il metodo del Conteggio Progressivo (Progressive Counting) sembra essere promettente (piccoli studi pilota) ed è stato incluso nel modello per fasi del trattamento informato sul trauma (Greenwald, 2013).

Nella pratica clinica i terapeuti esperti practitioner dell'EMDR cominciano l'elaborazione del trauma non appena possibile subito dopo la stabilizzazione poiché questo riduce i sintomi rapidamente se la dissociazione è in co-morbilità con il PTSD o il PTSD complesso. Nei casi di bambini con grave dissociazione strutturale e un senso del sé poli-frammentato, l'EMDR, così come altri metodi, può essere utilizzato ma con cautela. I metodi sotto elencati possono essere utilizzati nell'elaborazione del trauma con i bambini:

- Lavorare con la Linea del Tempo per rendere il bambino più consapevole del trauma passato e elaborare gli eventi dolorosi (Wieland, 2015).
- Usare lo scudo protettivo immaginario che proteggerà il bambino (Waters, 2016)
- Disegni e discussione di disegni laddove l'attenzione di questi è sulle esperienze traumatiche (Wieland, 2015).
- Gioco sull'evento traumatico (Potgieter-Marks, 2017)
- Simboli che rappresentano l'esperienza traumatica
- Vassoio di Sabbia sull'esperienza traumatica (Potgieter-Marks, 2017)
- Usare marionette (Waters, 2012)
- Fantasie di soccorso (Waters, 2012)
- Posizionare qualsiasi memoria non elaborata o memoria minacciosa in un contenitore per elaborarlo in sicurezza (Waters, 2016)
- Attività senso-motorie (Waters, 2016, Potgieter-Marks, 2017)
- Creare posti sicuri per gli stati dissociativi così da poterli contenere per un periodo di tempo (Waters, 2016)
- Creare un posto sicuro o una "stanza della rabbia" per contenere qualsiasi stato aggressivo o violento che ne ha bisogno.

I ricordi traumatici possono essere collocati in un contesto di ricordi relativi a quando il mondo era ancora un buon posto, appena prima dell'esperienza traumatica (ciò è possibile solo se il bambino ha potuto sperimentare un senso di sicurezza prima dell'avvento del trauma) e ricordi di dove il bambino ha sentito nuovamente qualche forma di sicurezza dopo l'esperienza traumatica. Tali ricordi possono funzionare come 'ancora emotiva' al termine del film traumatico che può essere utilizzato al termine

della Tecnica dello Schermo (Screen Technique). Tra queste cornici il bambino è incoraggiato a proiettare l'evento traumatico sullo schermo come un 'vecchio film' ed è supportato a osservare cosa accadeva 'pezzo per pezzo'. Lo scopo è quello di permettere al bambino, che solitamente è bloccato nella confusione, di orientarsi su ciò che è avvenuto nel passato. Un telecomando della fantasia può aiutare il bambino a regolare i suoi affetti ed arousal. Il paziente può mettere in pausa, mandare avanti o indietro il film. Può ingrandire o ridurre. Attraverso una ripetuta visione del film, il bimbo può lavorare attraverso le sue memorie traumatiche focalizzandosi sulle sue emozioni, sensazioni e convinzioni. Aspetti importanti potrebbero essere evidenziati e possono essere esaminati in dettaglio.

Ci sono alcuni problemi specifici per l'uso dell'EMDR con bambini che presentano disturbi dissociativi:

- E' consigliabile utilizzare i movimenti degli occhi durante l'EMDR; questo rende più facile per il terapeuta comprendere se il bambino si sta dissociando e permette al terapeuta di avere maggiore controllo sul processo. I bambini piccoli trovano più facile concentrarsi sulle dita se il terapeuta usa delle marionette a dita. Alcuni bambini traumatizzati potrebbero avere difficoltà nel fissare e mantenere focalizzato lo sguardo a causa di problemi fisici, trascuratezza precoce o trauma. In questi casi possono essere utilizzati vari tipi di stimolazione bilaterale (BLS) come il tapping o i buzzers (Adler-Tapia & Settle, 2008) in combinazione con disegni, racconto di storie, vassoio di sabbia, libri adatti che possono aiutare il bambino durante l'elaborazione del trauma.
- Nel caso di disturbi dissociativi potrebbe essere necessario coinvolgere attivamente i vari stati dissociativi. Ciò dipende anche dal livello di co-consapevolezza del bambino. Più un bambino cresce e più forte sarà la barriera amnestica tra i diversi stati dissociativi. I differenti stati del sé potrebbero conservare una diversa percezione del trauma e ogni stato del sé ha bisogno di avere l'opportunità per elaborare la loro esperienza traumatica (Waters, 2016)
- L'EMDR può attivare ricordi e altri stati dissociativi e indurre enactment delle memorie traumatiche. Un bambino può per esempio, sentirsi temporaneamente più arrabbiato, sadico o attivato sessualmente. Ciò dovrebbe essere monitorato ed riconosciuto come un progresso invece che una regressione.
- Possono essere rivolte domande (interviste cognitive) come 'Cosa sta facendo lì il bambino o la bambina?', 'Chi è con lei?', 'A chi assomiglia lui?', 'Cosa è successo dopo?'. Il terapeuta deve aiutare il bambino a differenziare tra il passato e il presente.
- Può essere utilizzato in modo molto efficace con i bambini che presentano disturbi dissociativi lo Resource Development and Installation (Sviluppo ed Installazione di Risorse) (RDI) (Adler Tapia, 2012) al fine di installare sufficienti risorse prima, durante e dopo l'elaborazione del trauma.
- Il materiale traumatico può essere agito nel gioco. L'elaborazione del trauma durante il gioco può essere introdotta facilmente. Il bambino ri-agisce parti della sua esperienza traumatica nel vassoio di sabbia con le figure umane o animali, nella casa delle bambole con le marionette, o nel gioco di ruolo con marionette a

dita o animali imbottiti. In questi giochi le diverse figure/marionette/animali possono rappresentare sul piano simbolico i differenti stati dissociativi. Essi possono veicolare sentimenti dissociati, ricordi speciali, diversi stati corporei e cognitivi. Il terapeuta può chiedere i sentimenti delle singole figure, le loro convinzioni su se stesse o sul mondo, le loro sensazioni corporee per supportare il bambino nella realizzazione di ciò che ciascuna figura rappresenta. Il clinico può incoraggiare il bambino a permettere che ciascuna figura parli con le altre così che possa avviarsi il processo dell' 'iniziare a conoscersi', della comunicazione interna e dell'integrazione. Inoltre il terapeuta può usare la sua conoscenza circa la storia traumatica del bambino e collegarla a ciò che il paziente sta ri-agendo nel suo gioco. I clinici che hanno fatto il training con l'EMDR possono favorire l'elaborazione durante il gioco con l'aggiunta della BLS. (OP)

E' inoltre importante per i terapeuti che usano l'EMDR sapere che i bambini e gli adolescenti con una grave dissociazione non necessariamente vogliono, o possono, permettono che tutti gli stati dissociativi siano presenti durante il trattamento. Ci potrebbe essere una dissociazione in corso per cui alcuni stati dissociativi potrebbero beneficiare dell'EMDR (così come altri metodi) così come spaventarsi o sconvolgersi. Spesso non vengono elaborati nello stesso momento tutti gli aspetti delle memorie traumatiche, comportamenti, affetti, sensazioni motorie, conoscenze (BASK model by Braun,1988). L'elaborazione del trauma avviene normalmente per strati. Il bambino elaborerà alcuni ricordi, quindi si stabilizzerà di nuovo e lavorerà sull'attaccamento. Pochi mesi dopo potranno emergere altri ricordi o altri aspetti dello stesso ricordo e dovranno essere elaborati.

E' importante fare attenzione al fatto che il bambino cominci a riprodurre ripetitivamente esperienze o attività, poichè potrebbe significare che il paziente non è in grado di elaborare il trauma in quel momento e, di fatto, sta entrando in un "looping" delle esperienze traumatiche (Potgieter-Marks, 2017).

I terapeuti devono essere consapevoli del fatto che spesso i bambini hanno anche la capacità di evitare le esperienze traumatiche e quindi in tal modo usano la terapia per dissociarsi in un mondo di fantasia invece che lavorare attivamente sull'elaborazione del trauma. Ciò sembra avvenire con maggiore frequenza con i terapeuti meno esperti che utilizzano in modo prevalente approcci terapeutici non strutturati all'interno dei quali i bambini dirigono la terapia e, nello stesso tempo, evitano l'informazione sul trauma (Potgieter-Marks, 2017).

Al fine di utilizzare ancora queste attività e garantire che l'elaborazione del trauma proceda, alcuni specialisti preferiscono utilizzare la stimolazione bilaterale continua (BLS)⁵ durante queste attività. Questo può essere fatto camminando, marciando, o tamburellando qualsiasi altra attività bilaterale. (OP).

I genitori o i caregivers devono essere informati sugli effetti che il processo di elaborazione del trauma possono avere sul bambino. Spesso si assiste ad una regressione che dovrebbe essere permessa ed vista come un progresso. E' anche

⁵ La Stimolazione bilaterale è una tecnica usata nell'EMDR

importante considerare che lo stato regressivo potrebbe essere una parte dissociata che emerge (Waters, 2005). (GC)

6.3 Fase di stabilizzazione per bambino da 0-4 anni.

Per i bambini piccoli la fase di stabilizzazione può essere molto più breve rispetto ai bambini più grandi. I ricordi traumatici possono attivare ansia nell'attaccamento e bloccare il consolidarsi della relazione di attaccamento. Attraverso l'elaborazione di queste memorie traumatiche, da effettuare il prima possibile, le relazioni di attaccamento possono migliorare e i bambini iniziano a potenziare rapidamente tutte le aree di sviluppo. Le informazioni che si acquisiscono dai genitori, famiglia, genitori affidatari/adottivi, dal bambino stesso, caregivers, dai trigger, dalle reazioni del bambino, dalle cicatrici, dai danni fisici o dalle cartelle del bambino possono essere utilizzate per creare una storia sulle possibili e certe esperienze traumatiche. Possono offrire ulteriore rassicurazione una bambola, dei peluches, il disegno di un eroe, essere tra le braccia della figura di attaccamento. Inoltre una musica rilassante, un profumo rassicurante o calmante (lavanda) o una coperta (tocco) possono aiutare a superare gli stati emotivi sopra-modulati o sotto-modulati.

I requisiti minimi sono:

- l'abuso deve essere stato interrotto
- il bambino deve avere una figura di attaccamento che può venire con lui in seduta e che sia stabile abbastanza da potersi sintonizzare con il bambino. Quest'ultima dovrebbe essere preferibilmente un caregiver stabile, tuttavia l'elaborazione del trauma può essere effettuata anche alla presenza di una figura di attaccamento temporanea dal momento che, per un bambino piccolo, stare in una famiglia per pochi mesi può sembrare per sempre.

6.4 Fase di elaborazione del trauma nei bambini dai 0-4 anni.

L'utilizzo di interventi focalizzati sul trauma, che enfatizzano il sistema di attaccamento come un fondamento su cui basare l'intervento clinico, è centrale per il recupero di bambini affetti da traumi complessi. (Osofsky, 2004). Il lavoro di elaborazione del trauma con i bambini è sempre associato con la psicoeducazione dei genitori e il lavoro sull'attaccamento. I bambini piccoli tendono ad elaborare i ricordi per strati. Spesso la relazione di attaccamento diventa più profonda dopo l'elaborazione del trauma. Ciò potrebbe attivare nuovi ricordi o altri aspetti delle memorie traumatiche e il bambino può avere bisogno di un ulteriore lavoro di elaborazione del trauma. I genitori e i caregivers dovrebbero essere istruiti a rimanere in 'vigile attesa' e a chiedere nuovi interventi terapeutici sul trauma nel momento in cui emergessero nuovi comportamenti dissociativi.

Per i bambini sotto i 4 anni si usa la tecnica EMDR Story Telling (Narrazione di Storie) per attivare i ricordi traumatici (Lovett, 1999). La narrativa sul trauma descrive diversi livelli che necessitano di essere integrati: il comportamento che il bambino mostra ora si riferisce a sentimenti, sensazioni, convinzioni che lui ebbe o potrebbe aver avuto durante l'evento traumatico. Il caregiver, genitore o il clinico

raccontano la storia dell'evento traumatico, con il bambino sulle ginocchia del caregivers, mentre il clinico EMDR utilizza la BLS. I bambini che hanno avuto esperienze traumatiche nella fase preverbale spesso hanno pochi o nessun ricordo cosciente. Molti bambini piccoli sono in grado di fornire informazioni significative, sebbene in modo frammentato, che possono essere utilizzate per elaborare il loro trauma. I bambini piccoli spesso esprimono la loro angoscia. Questi pazienti spesso esprimono il loro disagio attraverso il corpo e rispecchiando ciò che il loro corpo sta facendo si aiuta il bambino ad avere una maggiore comprensione del suo mondo interno. Il terapeuta può anche riflettere sulle risposte del corpo mentre fa EMDR al fine di permettere al bambino di elaborare le esperienze sensoriali dei ricordi traumatici. Con i bambini piccoli possono essere utilizzate come stimolazione bilaterale il 'tapping' o i 'buzzer' o altre forme giocose di BLS al posto dei movimenti oculari.

Modelli specifici della psicoterapia genitore-bambino sono: il modello diadico per la modulazione degli stati emotivi ben validato CPP, (Van Horn & Lieberman, 2008), un modello di terapia di interazione genitore-bambino (Ford & Gurwitsch, 2008), o la terapia dei sistemi familiari (Ford & Saltzman, 2009) utilizzata quando i fratelli soffrono probabilmente a causa della disregolazione del bambino.

Nella pratica clinica vengono utilizzati per elaborare il trauma interventi come la terapia del gioco, arte terapia, disegni, pitture, role-play. Con i bambini più piccoli in particolare, è consigliabile assicurarsi che essi non utilizzino giochi di fantasia per evitare l'esperienza traumatica. Alcune caratteristiche dei personaggi nel gioco, disegni, pitture e role-play potrebbero essere approfondite con cura dal momento che esse potrebbero rappresentare degli stati dissociati.

Alcuni bambini potrebbero dare informazioni sulle loro esperienze traumatiche intra-uterine, nel corso dell'elaborazione del trauma. Se ciò avviene, è molto importante approfondirle e elaborare tali esperienze (Potgieter-Marks, 2016).

6.5. Fase di Integrazione

Silberg (2013) descrive l'Integrazione come parte dello stadio Finale-Ending (E nel modello EDUCATE). Anche Waters (2016) riporta diversi esempi di integrazione nei bambini. La fase finale del modello dovrebbe anche essere utilizzata per aiutare il bambino ad acquisire le competenze necessarie per promuovere comportamenti adeguati all'età.

Per i bambini che presentano disturbi dissociativi integrazione significa accettare tutti gli stati dissociativi come parte di se stessi. L'elaborazione del trauma è completata quando un bambino con un disturbo dissociativo realizza che egli stesso ha avuto tutte queste esperienze (personificazione) e che sono esperienze del passato (presentificazione) (Van der Hart et al., 2006). La spiegazione iniziale del bambino era: 'questo è così brutto/cattivo, non può essere successo a me. Dev'essere accaduto a qualcun altro.' E' così che si verifica la divisione della personalità. Per questi stati dissociativi della personalità le circostanze traumatiche non sono nel passato, ma sembrano reali, nel qui ed ora. Dopo aver elaborato i ricordi traumatici e integrato tutti gli stati dissociati della personalità essi realizzano di trovarsi nel momento presente e

che le loro esperienze traumatiche restano nel passato. Il bambino può dare un senso alle esperienze e integrarle all'interno della memoria autobiografica. Ci può essere un periodo di lutto e perdita per l'infanzia perduta (Waters, 2016).

Il bambino ha appreso una lezione importante da queste esperienze e ha scartato le informazioni che non erano pertinenti. Il paziente ha imparato a dare un significato a ciò che ha vissuto. Ha trovato una spiegazione per ciò che è accaduto e ciò che questo significa per se stesso. Inoltre il bambino può imparare a vivere con sentimenti, pensieri e desideri sia positivi che negativi. Può essere capace di tollerare conflitti interni e imparare a trattare con pensieri ed emozioni contraddittorie. Il modo di pensare in bianco-e-nero, che è tipico per i bambini traumatizzati, è l'opposto del pensiero integrato e la tolleranza dell'ambivalenza. La psicoterapia può proseguire per assistere il bambino nell'integrazione delle sue nuove conoscenze nella realtà dopo la fase dell'integrazione.

Gli stati dissociativi che mostrano un comportamento che è inappropriato per la vita del bambino, hanno bisogno di realizzare che il 'pericolo è nel passato'. Gli stati dissociativi vanno incoraggiati ad adattarsi ad un nuovo ruolo oggi (Waters, 1998, 2016), che migliorerà la vita attuale del bambino, il comportamento e le prestazioni. Sebbene la parte dissociata identificata col perpetratore possa essere estremamente distruttiva o auto-distruttiva, deve essere valorizzata la sua primaria funzione di supporto del bambino abusato o maltrattato, sebbene in alcuni casi questo potrebbe non essere possibile (Potgieter-Marks, 2012a; Potgieter-Marks, 2012b).

Dopo l'elaborazione del trauma, potrebbe verificarsi una spontanea integrazione. Se questa non avviene sarà necessario aiutare il bambino in questo focalizzandosi in modo particolare sull'integrazione di questo stato dissociativo. Attraverso la comunicazione interna il bambino può modificare il nome e la funzione dello stato dissociato così da adattarlo ad un ruolo più accettabile. L'integrazione può essere spiegata anche attraverso delle metafore come quella della squadra di calcio. La squadra può vincere soltanto quando le parti della squadra lavorano insieme. Gli esercizi che supportano l'integrazione sono: esperienze visive (ad es. colorare un arcobaleno nel quale diversi colori scorrono insieme) o esperienze tattili (ad es. prendendo diversi colori di argilla e costruendo una palla da esso) per cui ogni colore simboleggia una singola parte, rituali di fusione o figure nel vassoio di sabbia che simboleggiano i diversi stati dissociativi che si avvicinano, si tengono per mano (Waters, 1998). Waters (2016) descrive l'utilizzo del disegno simbolico dell'integrazione così come l'utilizzo dell'EMDR durante l'integrazione degli stati dissociativi.

L'integrazione ha successo quando le memorie traumatiche non sono più sopraffacenti, i sintomi somatici sono diminuiti, la regolazione affettiva è migliorata e si è raggiunta una nuova comprensione cognitiva. A questo punto il bambino è capace di avere più controllo su se stesso e sul suo comportamento e non avere più l'esperienza di se stesso

come 'fuori controllo'. Si riscontra anche una significativa riduzione dei sintomi come confermato oggettivamente dagli adulti che si prendono cura del bambino.

7. Trattamento Residenziale/Ospedaliero

Il trattamento residenziale è la prima scelta di trattamento per i bambini dissociativi e, in particolar modo, gli adolescenti, per prevenire la regressione e consolidare ciò che sta andando bene. Dal momento che il trattamento residenziale differisce da paese a paese in Europa, nel paragrafo saranno descritte solo considerazioni generiche in merito. Il trattamento ospedaliero in una comunità terapeutica o in un reparto di salute mentale può essere necessario se la situazione familiare del bambino non è sufficientemente stabile per sostenere il bambino con i suoi conflitti e lotte interne durante il processo terapeutico. Se per esempio il bambino mostra un comportamento aggressivo, sessualmente aggressivo, distruttivo o auto-distruttivo al punto da esserne troppo sopraffatto o non essere al sicuro lui o chi lo circonda. Il trattamento in una struttura residenziale o in ospedale può talvolta rappresentare un sollievo per un bambino con disturbo dissociativo. L'intimità di una famiglia può rappresentare una continua fonte di stress che non è riconosciuto. Dopo il collocamento spesso si osserva un miglioramento del funzionamento specialmente nella fascia di età che va dai 6 ai 12 anni. Tuttavia si riscontra un forte rischio di ricovero quando questi bambini non hanno una relazione di attaccamento con una figura adulta che assicura continuità nella relazione. Tale relazione è necessaria per superare i sintomi dissociativi e guarire dalla dissociazione. Dopo tale passaggio, il collocamento presso una famiglia potrebbe essere lentamente introdotto e potrebbe essere possibile. (OP)

8. Periodo di trattamento.

La fase di stabilizzazione per i bambini può essere molto diversa. Talvolta un bambino richiede un lavoro esteso, talvolta può riguardare pochi aspetti ed altre una sola area. L'età è un forte fattore determinante. I bambini molto piccoli non hanno bisogno di molta stabilizzazione e la loro fase di stabilizzazione può essere molto breve, se hanno una figura di attaccamento sicuro su cui contare. I bambini tra i sei e i dodici anni necessitano di maggiore stabilizzazione, solitamente diversi mesi. Gli adolescenti spesso richiedono un lavoro molto più lungo in questa fase che può durare anche più di un anno. Il trattamento può comportare sedute individuali di terapia con il bambino, sedute con il bambino e il suo genitore o caregiver e, talvolta, con i genitori o i caregivers da soli. La terapia può essere affiancata da una terapia familiare e/o dal supporto per i genitori/caregivers. I bambini possono essere vulnerabili nei confronti delle nuove difficoltà quando si trovano a dover gestire nuove fasi evolutive, specialmente l'ingresso nell'adolescenza. Ulteriori terapie possono supportarli nell'affrontare tali passaggi.

9. Abuso di gruppo

Un numero crescente di bambini riferisce di essere stato vittima di un abuso di gruppo/organizzato. Questi bambini e adolescenti rappresentano il gruppo di pazienti più traumatizzati e potrebbero aver bisogno di un trattamento più intenso, che viene adattato per soddisfare le loro esigenze specifiche al fine di consentire loro di recuperare.

10. I Clinici

I bambini con disturbi dissociativi non si fidano degli adulti dal momento che essi manifestano spesso un disturbo dell'attaccamento e molto spesso soffrono a causa del trauma del tradimento (Freyd 1994, 1996, Freyd et al, 2005, Freyd & Birell 2013). Il terapeuta ha bisogno di avere come co-terapeuta un caregiver sufficientemente sicuro, dal momento che il bambino parlerà di più a quest'ultimo del suo mondo interno rispetto che al clinico. Dal momento che questi bambini non integrano i mondi stessi e tendono a frammentare, è molto più vantaggioso lavorare insieme a qualcuno coinvolto nella vita quotidiana del bambino.

Le persone che lavorano con questi bambini possono sperimentare sentimenti estremi e intensi di panico, odio, sadismo, tristezza, bisogno di attaccamento, rifiuto, inutilità o sentirsi poco importanti. I terapeuti che lavorano con i bambini dissociati hanno bisogno di poter usufruire di una (pari) supervisione e a una consultazione periodica sul transfert trauma-correlato e sui processi paralleli al fine di evitare la traumatizzazione vicaria. Possono indurre traumatizzazione vicaria in modo particolare i sentimenti legati al non sentirsi aiutati ed impotenti, che i bambini dissociati hanno sperimentato e che talvolta ancora vivono.

11. Conclusioni

Diventa sempre più evidente che i professionisti coinvolti con i bambini traumatizzati sono alla ricerca di risposte su come trattare questa complessa popolazione di bambini. Queste linee guida dovrebbero fornire almeno informazioni significative sulla valutazione e processo di trattamento e possono anche fornire indicazioni per i terapeuti in termini di letteratura disponibile. I bambini e gli adolescenti possono essere trattati per traumi complessi e dissociazione con buoni risultati e recupero significativo.

12. Bibliografia

- Achenbach, TM & Rescorla, LA. (2007). *Manual for the ASEBA School Age Forms and Profiles*. Burlington: ASEBA.
- Adler-Tapia, R. & Settle, Carolyn (2008). *EMDR and the Art of Psychotherapy with Children*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Adler-Tapia, R. (2012) *Child Psychotherapy: Integrating Developmental Theory into Clinical Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van derKolk, B. (2012). Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need A Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200.
- Arvidson, J. Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Strothers, H., Evans, M., Andres, B., Cohen, C., Blaustein, M.E. (2011). Treatment of Complex Trauma in Young Children: Development and Cultural Considerations in Application of the ARC Intervention Model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34-51.
- Armstrong, J., Putnam, F.W., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 491-497.
- Barach, P. (1991). Multiple personality as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123.
- Baita, S. (2015a). Dalma (4-6 years old). "I've Got All My Sisters With Me". Treatment of Dissociative Identity Disorder in a Sexually Abused Young Child. In S. Wieland (Ed.), *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions* (2nd ed.) (pp. 41-88). London: Routledge.
- Baita, S. (2015b) *Rompecabezas: Unaguá introducción al trauma y la disociación en la infancia*. Amazon: CreateSpace.
- Besser, L.U. (2011). Screen Technik 1, Unveröffentlichtes Manuskript, *Curriculum für Psychotraumatologie*.
- Blaustein, M. & Kinniburgh, K. (2010). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents*. Guilford. New York
- Bomber, L.M. (2007). *Inside I'm Hurting. Practical strategies for supporting children with attachment difficulties in schools*. London: Worth Publishing.
- Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation*, 1, 2, 4-23.
- Brand, B. L.; Armstrong, J. G.; Loewenstein, R. J.; McNary, S. W. (2009). Personality differences on the Rorschach of dissociative identity disorder, borderline personality disorder, and psychotic inpatients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(3), 188-205
- Briere, J. (1996). *The Trauma Symptom Checklist for Children*. Odessa, FL:

- Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R., & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1001-1014.
- Brisch K.H. (2012) *Treating Attachment Disorders. From Theory to Therapy*. New York/ London: The Guilford Press
- Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., & Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 188, 71-77.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989) *Developmental Psychology*, 25(4), 525-531. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>
- Carrion, V. G., & Steiner, H. (2000). *Trauma and dissociation in delinquent adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(3), 353-359.
- Coons, P.M. (1996). Clinical phenomenology of 25 children and adolescents with dissociative disorders. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 361-374.
- Coppens, L., Schneijderberg, M. & Van Kregten, C. (2016). *Lesgeven aan getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Draijer N. & Langeland W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*, 156(3), 379-85.
- Dell, P.F., & Eisenhower, J.W. (1990). Adolescent multiple personality disorder: A preliminary study of eleven cases. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 359-366.
- Farrington, A.D., Waller, G.D., Smerden, J.D., & Faupel, A.W. (2001). The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric properties and difference in scores across age groups. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 722-727.
- Ford, J. (2009). Neurobiological and Developmental Research. Clinical Implications. In C. Courtois & J. Ford (Eds.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders. An Evidence-Based Guide* (pp 31-58). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ford J., & Courtois, C. (2013). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Children and Adolescent*. New York: Guilford Press.
- Freyd, J. J. (1994). Betrayal-trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*, 4, 307-329.
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Freyd, J. J., & Birrell, P. J. (2013). *Blind to Betrayal: Why we fool ourselves we aren't being fooled*. Somerset, NJ: Wiley.
- Freyd, J. J., Klest, B., & Allard, C. B. (2005). Betrayal trauma: Relationship to *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 83-104
- Gerge, A. (red.) (2013). *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn*

- och unga. *Förekomst, diagnostik och behandling*. Stockholm: Insidan.
- Greenwald, R. (2013). *Progressive counting within a phasemodel of traumainformed treatment*. New York: Routledge.
- Havermans, A., Verheule, C & Prinsen, B. (2014). *Gehechtheid in Beeld. Handleiding video-interactiebegeleidingvoorprofessionals in de adoptienazorg*. Amsterdam: BV Uitgeverij.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma en recovery*. New York: Basic Books
- Hornstein, N.L., & Putnam, F.W. (1992). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 1077-1085.
- Huber, M. (2011). *Viele Sein. Ein Handbuch. Komplextrauma und Identität-verstehen, verändern, behandeln*. Paderborn: Jungfermann.
- Hughes, D. (2006). *Building the Bonds of Attachment – Awakening Love in Deeply Troubled Children*. New York/Oxford: Jason Aronson.
- Hughes, D. & Bailin, J. (2012). *Brain Based Parenting: The Neuroscience of Caregiving for Healthy Attachment*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Kassam-Adams, N. (2006). The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Development of a Child Self-Report Measure. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 129–139.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *The American journal of psychiatry*, 167(6), 640-647.
- Levine, PA & Kline, M. (2007). *Trauma Through a Child's Eyes*. Colorado: Ergos Institute Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model of understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 291-317). New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 55-74.
- Liotti, G. (2009). Attachment and Dissociation. In: P. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the Dissociative Disorders. DSM-V and Beyond*. (pp.53-65). New York, London: Routledge Press.
- Lovett, J. (1999). *Small Wonders: healing childhood trauma with EMDR*. New York: Free Press.
- Ludy-Dobson, C. R., & Perry, B. D. (2010). The role of healthy relational interactions in buffering the impact of childhood trauma. *Working with children to heal interpersonal trauma: The power of play*, 26-43.
- Mann, B.J., & Sanders, S. (1994). Child dissociation and the family context. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 373-388.
- Nemzer, E. (1998). Psychopharmacological interventions for children and adolescents with dissociative disorders. *The dissociative child: Diagnosis, treatment & management* (2nd ed., pp. 231-272). Lutherville, MD: Sidran.
- Nijenhuis, E. (2012), Fantasy proneness in dissociative identity disorder. *ONE* 7(6),

- e39279.doi:10.1371/journal.pone.0039279.Supporting informationS1.
- Nilsson, D. (2007). *Trauma, Posttraumatic Stress and Dissociation Among Swedish Adolescents. Evaluation of Questionnaires*. Linköping: Linköping University Medical Dissertations No 979.
- Nilsson, D., & Wadsby, M. (2010). Symbol drama, a psychotherapeutic method for adolescents with dissociative and PTSD symptoms: A pilot study. *Journal of Trauma and Dissociation* 22, 308-321.
- Ogawa, J.R., Sroufe, L.A., Weinfield, N.S., Carlson, E.A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development & Psychopathology*, 9, 855-979.
- Osofsky, J. D. (2004). *Young children and trauma: Intervention and treatment*. Guilford Press.
- Perry, BD. (2006). *Applying principles in neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children – The Neuro-sequential Model of Therapeutics in Working with Traumatised Youth in Child Welfare* by Nancy Webb. New York: The Guilford Press.
- Perry, BD. (2009). Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutics. *Journal of Trauma and Loss*, 240-255
- Perry, B. D. (2013). The Neurosequential Model of. *Infant and Early Childhood Mental Health: Core Concepts and Clinical Practice*, 21.
- Potgieter-Marks, R. (2012a). Täterintrojekte in der Behandlung von dissoziativen Kindern. In :Vogt, R. (Hrsg.) *Täterintrojekte: Diagnostische und therapeutische Konzepte dissoziativer Strukturen* Kroning: Ansanger Verlag
- Potgieter-Marks, R. (2012b). When the Sleeping Tiger Roars – Perpetrator Introjects in Children. In R. Vogt, (Ed.), *Perpetrator Introjects – Psychotherapeutic Diagnostics and Treatment Models* (pp. 87 – 110). Kroning: Ansanger Verlag
- Potgieter-Marks, R. (2015). Jason (7-Years Old) – Expressing Past Neglect and Abuse: Two –Week Intensive Therapy for an Adopted Child with Dissociation. In S. Wieland (Ed.), *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions*.(2nd Ed.) (pp. 89-134). London: Routledge.
- Potgieter-Marks, R. (2016) Pre-Birth Trauma – The Missing Link in Full Recovery? *ESTD Newsletter*, 5(4), pp16-23.
- Potgieter-Marks, R. (2017). When Play Therapy is not Enough: Using EMDR in combination with Play Therapy with Complex Trauma in Children. In: Hendry, A & Hasler, J. *Creative Therapies for Complex Trauma: Helping Children and Families in Foster care, Kinship care or Adoption*.(pp.164-180) London: Jessica Kingsley Publishers.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Putnam, F.W., Helmers, K., & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 17, 731-742.

- Putnam, F.W., & Peterson, G. (1994). *Further validation of the Child Dissociation Checklist*. *Dissociation*, 7, 204-211.
- Reinders, A., Nijenhuis, E., Paans, A., Korf, J., Willemsen, A. and den Boer, J. (2003). One brain, two selves. *NeuroImage*. 20(4), 2119–2125.
- Reinders, A., Nijenhuis, E., Quak, et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60(7), 730-740.
- Reinders, S., Willemsen, A., Vos, et al. (2012). Fact or Factitious? A Psychobiological Study of Authentic and Simulated Dissociative Identity States. *PLoS ONE*. 7(6): e39279.
- Saigh, P.A., Yasik, A.E., Oberfield, R.A., Green, B.L., Halmandaris, P.V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., & McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 369-380.
- Sar, V., Önder, C., Kilincaslan, A., Zoroglu, S. S., & Alyanak, B. (2014). Dissociative identity disorder among adolescents: Prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 402-419.
- Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., ... & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *Neuroimage: Clinical*, 3, 54-64.
- Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159(1), 189-203.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N & Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Silberg, J. (1998). Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *Journal of personality assessment*, 71(3), 421-439.
- Silberg, J. & Dallam, S. (2009). *Dissociation in Children & Adolescents*. In: P. Dell & J. O'Neil (Eds), *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. (pp. 67 - 81) New York: Routledge.
- Silberg, J. (2013). *The Child Survivor: Healing Developmental Trauma and Dissociation*. New York: Routledge
- Smith, S.R., & Carlson, E.B. (1996). Reliability and validity of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 9, 125-129.
- Steinberg, M. (1994). *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D), second edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Press.
- Stien, PT & Kendall, J. (2004). *Psychological Trauma and the Developing Brain*. London: The Hayworth Maltreatment and Trauma Press.
- Stierum, A.J. (2016) Medication as an Intervention in the Treatment of Dissociative Disorders and Complex Trauma with Children and Adolescents. In: Waters (2016), *Healing the Fractured Child: Diagnoses and Treatment of Youth with Dissociation* (pp 249-282). New York: Springer Publishing Company.

- Stolbach, B. C. (1997). *The Children's Dissociative Experiences Scale and Posttraumatic Symptom Inventory: rationale, development, and validation of a self-report measure* (Doctoral dissertation, University of Colorado).
- Stolbach, B. (2005). Psychotherapy of a Dissociative 8-Year-Old Boy Burned at Age 3. *Psychiatric Annals* 35:8, 685 – 694.
- Struik, A. (2014) *Treating Chronically Traumatized Children. Don't let sleeping dogs lie!* London: Routledge.
- Turnell, A. & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- Turnell, A. & Essex, S. (2006). *Working with denied child abuse: the resolutions approach*. Berkshire: Open University Press.
- Van der Hart, O, Nijenhuis, ERS & Steele, K. (2006). *The Haunted Self – Structural Dissociation and the treatment of chronic traumatised*. W.W. Norton & Company.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401.
- Van Dijke, A., Van der Hart, O, Ford, J., O, Van Son, M.J.M. , Van der Heijden, P.G.M. & Bühring, M. (2010). Affect dysregulation and dissociation in borderline personality disorder and somatoform disorder: Differentiating inhibitory and excitatory experiencing states. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11, 424-443.
- Van Dijke, A., Ford, J. D., van der Hart, O., Van Son, M. J., Van der Heijden, P. G., & Bühring, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European journal of psychotraumatology*, 2.
- Van Dijke, A., Ford, J.D., Frank, L., Van der Hart, O. (2015). Association of Childhood Complex Trauma and Dissociation with Complex PTSD Symptoms in Adulthood. *Journal of Trauma and Dissociation*, xx. DOI: 10.1080/15299732.2015.1016253.
- Van Horn, P., & Lieberman, A. F. (2008). Using dyadic therapies to treat traumatized young children. *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery*, 210-219..
- Waters, F.S., (1998) *Promoting Integration in Dissociative Children*. In: Silberg (Ed.), *The Dissociative Child: Diagnosis, Treatment and Management* (pp. 167 - 190). Baltimore: Sidran Press.
- Waters, F.S. (2005). Recognizing Dissociation on Pre-School Children. *ISSTD News*, 23, 4, July/August.
- Waters, F.S. (2015). Ryan (8 -10 Years Old) – Connecting with the Body. Treatment of Somatoform Dissociation (Encopresis and Multiple Physical Complaints) in a Young Boy. In S. Wieland (Ed.), *Dissociation in Traumatized Children and Adolescents – Theory and Clinical Interventions* (2nd Ed.) (pp. 135 -190). London: Routledge.
- Waters, F.S. (2016) *Healing the Fractured Child: Diagnoses and Treatment of Youth with Dissociation*. New York: Springer Publishing Company.
- Walker, AG, (1999). *Handbook on Questioning Children*. Washington DC: ABA Center on Children and the Law.

- Watkins, H.H. (1978). Ego state therapy. In: J. G. Watkins (Ed.), *The therapeutic self*. New York: Human Sciences.
- Watkins, JG & Watkins, H.H. (1993). *Ego-state therapy in the treatment of dissociative disorders*. In R. Kluft & G. Fine (Eds.), *Clinical Perspectives on multiple Personality Disorder* (pp. 277-300). Washington,DC: American Psychiatric Press.
- Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (1997). *Ego states: Theory and Therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Wieland, S. (2015). *Dissociation in Children and Adolescents Theory and Clinical Interventions* (2nd Ed.). London: Routledge.
- Wieland, S. (2017). *Parents are our other Client – ideas for Therapists, Social Workers Support Workers, and Teachers*. New York/London: Routledge.
- Yehuda, N. (2016). *Communicating Trauma: Clinical Presentations and Interventions with Traumatized Children*. New York: Routledge
- Zovkic, I. B., & Sweatt, J. D. (2013). Epigenetic mechanisms in learned fear: implications for PTSD. *Neuropsychopharmacology*, 38(1), 77-93.

Linee guida e parametri di pratica usati

- AACAP (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.
- AACAP (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 414-430.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) (2003). Task Force on Children and Adolescents. Linee guida per la valutazione e Trattamento dei sintomi dissociativi nei bambini e negli adolescenti.
- Drawing on the Evidence (Wolpert et al., 2000). PTSS, advice for mental health professionals working with children and adolescents.
- NICE guideline (2005). Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care.
- National Institute for Clinical Excellence in London Wolpert et al. (2006).
- Strand, V., Sarmiento, T., Pasquale, L. (2005). Assessment and Screening Tools for Trauma in Children and Adolescents: a Review. *Trauma Violence Abuse*, Vol 6, 55-78

Zeanah, C., Chesher, T. & Boris N. (2016). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55 (11), 990–1003

*Traduzione a cura di Alessia Tomba
Socio Fondatore e Consigliere AISTED*

Aggiornate a luglio 2017
