

C1

PONTIFICIA FACOLTA' DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE
AUXILIUM - ROMA

Corso interdisciplinare
USCIRE DAI LABIRINTI DELLA VIOLENZA

SABATO 11 DICEMBRE 2010

PSICOLOGIA DEL BAMBINO MALTRATTATO E
DELLA FAMIGLIA MALTRATTANTE



Paola Di Blasio
Università Cattolica di Milano- *CRIdee*
Unità di Ricerca sulla Psicologia del Trauma

Centro di Ricerca sulle Dinamiche Evolutive ed Educative (*CRIdee*)

DEFINIZIONE



"Ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale"

"Uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, sui bambini, da parte di un individuo o di un gruppo, che abbia conseguenze o grandi probabilità di avere conseguenze dannose, potenziali o effettive, sulla salute, la vita, lo sviluppo o la dignità dei bambini"

Diapositiva 1

C1

Cattolica; 10/12/2010

Tipologie di violenza

Maltrat. Fisico

- * Percosse senza traumatismi
- * Percosse ripetute con lesioni personali e traumatismi
- * Lesioni personali con traumatismi plurimi e ripetuti

Abuso sessuale

- * Atti di libidine occasionali (carezze, esibizionismo ecc.)
- * Atti di libidine reiterati, violenza sessuale assistita, induzione alla visione di materiale pornografico
- * Rapporti sessuali (genitali, anali, orali),
- * Avvio alla prostituzione, utilizzo per materiale pornografico

Trascuratezza

- * Poca cura nel vestiario, nella pulizia, nell'alimentazione e nella sorveglianza
- * Denutrizione media, mancanza di cure nel vestiario e nella pulizia, abbandono parziale (bambino lasciato solo durante la giornata o affidato a minori di anni 14).
- * Denutrizione grave con rischio di danno organico o di vita, mancata assistenza medica, elusione dell'obbligo scolastico, abbandono o affidamento a persone inaffidabili o estranee.

Tipologie di violenza

Maltrat. Psicologic o

- * Critiche, ironia, sarcasmo
- * Svalutazioni e angherie ripetute e continue
- * Modalità verbali fortemente svalutanti e sadiche, coinvolgimento del bambino in conflitti e ideazioni patologiche.

Violenza assistita Rischio

- * Assistere a liti verbali ripetute tra i genitori o gli adulti protettivi
- * Assistere a liti verbali con violenza fisica fra adulti
- * Assistere a violenze fisiche con uso di oggetti contundenti, armi (ferimenti, tentati omicidi, omicidi) o assistere a violenze sessuali,

Ipercura

- * Inesistibile ipocondriaca per la salute del figlio.
- * Atteggiamenti fobico-ossessivi per la pulizia
- * Medical shopping
- * Sindrome di Munchausen per procura

Un caso esemplificativo “estremo”

Una mamma infanticida



Mary

mamma di Casatenovo (Lecco)



Accolta quasi in pieno la richiesta dell'accusa che aveva chiesto 15 anni di detenzione; la difesa puntava invece sulla non capacità di intendere e di volere della donna al momento del delitto.

Giornali dicono: un evidente caso di depressione post partum “ Ha ucciso perché affetta da una psicopatologia puerperale secondo gli esperti.”

17 maggio 2006 Condannata a 14 anni e 6 mesi per omicidio volontario premeditato e simulazione di reato (per aver ucciso il 18 maggio 2005 il figlio Mirko di 5 mesi) da scontare in un ospedale psichiatrico giudiziario, pur essendo stata riconosciuta capace di intendere e di volere



E' durata più di quattro interminabili minuti l'agonia del piccolo Mirko, 5 mesi, girato a pancia in giù nella vaschetta del bagno, con la mano della mamma che gli premeva il volto sott' acqua.





La storia e l'intervista (filmato)

Mary Patrizio

Figlia unica di una famiglia di operai, Mary aveva un papà epilettico e una madre affetta da grave depressione che si chiudeva nella sua stanza al buio e non voleva vedere nessuno.

Poi il grande amore con Kristian, il matrimonio, l'abitazione ristrutturata a Valaperta, frazione di Casatenovo.

La giovane donna ha confessato anche ciò che era stato buio nella sua mente: è stata lei a provocare la morte di Mirko, trovato annegato dal padre il 18 maggio nella bacinella in cui solitamente veniva lavato. "Ho preparato il bagnetto e poi ho infilato Mirko nell'acqua a testa in giù... poi non ricordo", ha raccontato ai magistrati. "Sì effettivamente mi rivedo come in un film che lo tengo sott'acqua".

"Vive una duplice, se non una triplice realtà", ha spiegato l'avv. Rognoni. Stremata, schiantata dal dolore, confonde oramai la verità, con i sogni, l'orrore che ha seguito il lampo di luce del ricordo, con la speranza di risvegliarsi da un incubo.

Il suo terzo interrogatorio quello in cui alla fine ha raccontato tutto o quasi è durato, fra tutto, quasi tre ore, in gran parte contraddistinte da pianti, strepiti, implorazioni.

- Terminato il racconto, Mary è ripiombata nello stato d'animo in cui versa da giorni, quella che l'ha portata a perdere 6 chili, a ridursi a poco più di 35 chili, qualcosa più di un'ombra. Un solo pensiero per il marito, Kristian, operaio di 31 anni. "Vorrei rivederlo, quando viene a trovarmi?", ha chiesto. "Sta davvero male, il suo è un quadro clinico molto delicato - hanno ripetuto gli avvocati - deve essere curata, potrebbe peggiorare". E i magistrati sono stati d'accordo.



Mary



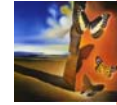
Una sentenza contrastante, quella che in primo grado (con il rito abbreviato) ha condannato la donna a 14 anni e mezzo per omicidio volontario premeditato, e che nel settembre 2007 i giudici della Corte d'assise d'appello di Milano hanno confermato in pieno, **respingendo la richiesta dei difensori di una nuova perizia psichiatrica.**

L'udienza si è giocata tutta sulle incongruenze, sulle lacune e sulle contraddizioni della perizia d'ufficio svolta alla vigilia del giudizio di primo grado, e già in quella sede contestata. O, perlomeno, quella era la carta su cui i due difensori di Mary - gli avvocati genovesi Fabio Maggiorelli e Ernesto Rognoni - puntavano, definendo le conclusioni del perito (il professor Ugo Fornari) quanto meno «indecorose».



Mary

(la difesa)



Come hanno scritto tre psichiatri di Castiglione delle Stiviere, Mary era affetta da «disturbo depressivo maggiore accompagnato da elementi di dissociazione con profonde radici nel passato ed esploso alla nascita del figlio»

Tutti elementi che - secondo **la difesa** - incidono profondamente sulla capacità di intendere e di volere, ma che sono stati negati dai periti, i quali non si sono nemmeno addentrati nel buio del passato di Mary



Mary

(l'accusa)



Il procuratore generale però, contrario a una nuova perizia, ha sostenuto che la depressione post partum non può aver portato a una semi-infermità mentale e che la diagnosi dei tre psichiatri di Castiglione è stata fatta dopo il delitto e quindi può essere solo conseguenza di quel gesto.

In sostanza, Mary - pur affetta da disturbi della personalità - era capace di intendere e di volere, tanto da premeditare l'uccisione del figlio andando a comprare il nastro adesivo che sarebbe servito a legarsi a una sedia per inscenare la finta rapina. I giudici hanno accolto questa tesi dell'**accusa** e il filo sottile che separa un disturbo della personalità da una semi-infermità mentale è rimasto lì, senza contorni, senza definizione.



IPOTESI DIAGNOSTICHE

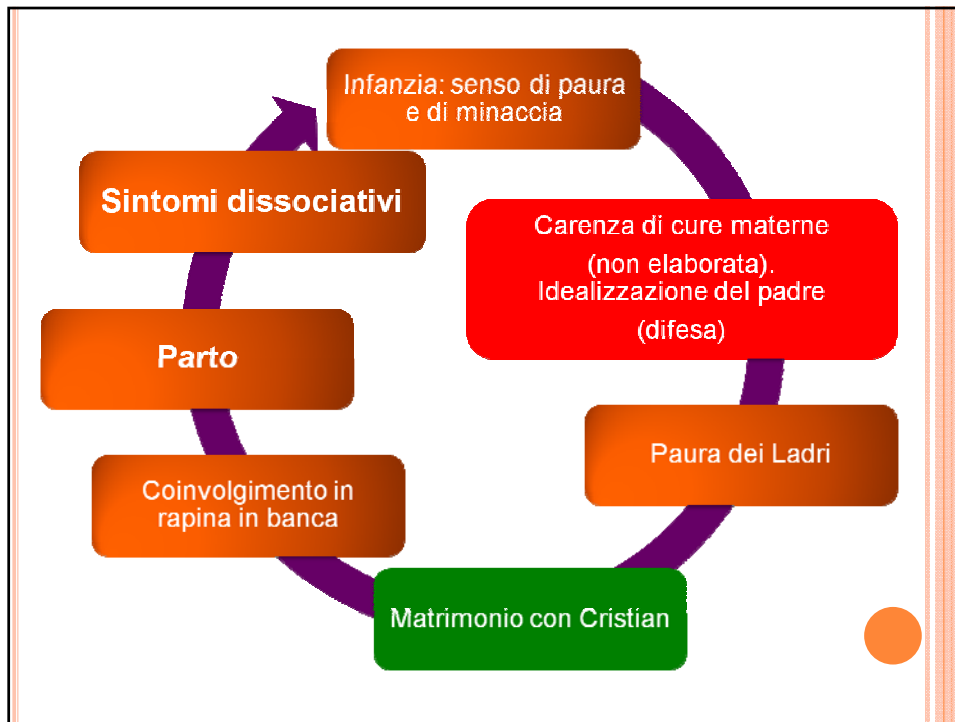
- Castigione delle Stiviere :«disturbo depressivo maggiore accompagnato da elementi di dissociazione con **profonde radici nel passato** ed esploso alla nascita del figlio»
- Depressione post-partum e disturbi legati al parto.



TRAIETTORIA EVOLUTIVA E ESPERIENZE TRAUMATICHE NELLA VITA DI

MARY





CONSEGUENZE PSICOLOGICHE DELLA VIOLENZA

CONSEGUENZE breve e lungo termine, anche se le costellazioni di sintomi possono essere molto diversificate e, soprattutto, non esistono sintomi specifici, ma solo quadri che si ritrovano più frequentemente nei bambini che hanno vissuto queste esperienze.

Compromissione in differenti aree:

- a) **Disturbi nell'attaccamento:** prevalenza di attaccamento insicuro o disorganizzato
- b) **Disturbi nelle abilità cognitive e di problem solving:** problemi di memoria, attenzione e concentrazione, deficit neurologici che comportano disturbi nello sviluppo dell'intelligenza, difficoltà di sviluppare una teoria della mente. I disturbi nella sfera cognitiva sono spesso legati all'interferenza della sfera emotiva, in particolare dalla presenza di sentimenti di tradimento, sfiducia, stigmatizzazione, impotenza, colpa e vergogna.

d) Difficoltà nell'apprendimento scolastico

e) Disturbi nell'adattamento, nel comportamento e nelle competenze

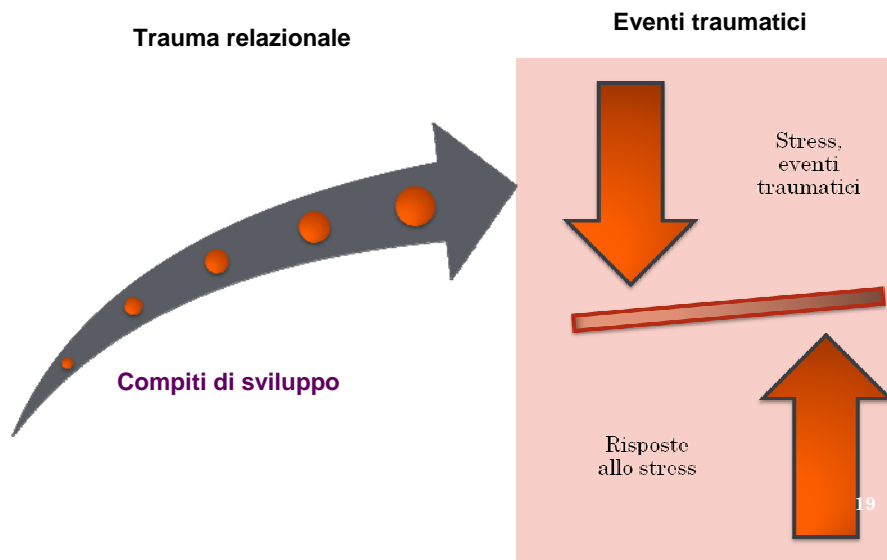
SOCIALI: difficoltà nella crescita nella prima infanzia, ritardo o disturbi nelle funzioni (sonno, alimentazione, controllo sfinterico, linguaggio, ecc); problemi internalizzati legati a bassa autostima, iperdattamento, passività, tentativi di suicidio, depressione, inibizione; disturbi esternalizzati legati all'aggressività fino a condurre a disordini nella condotta, comportamenti impulsivi, atti delinquenti, autodistruttività, comportamenti instabili, tentativi di fuga; difficoltà sociali, affettive e relazionali, sotto forma di restringimento dell'affettività, ridotta socialità, tendenza all'isolamento, difficoltà nelle relazioni coi pari, distorsione delle capacità empatiche, prosociali e di regolazione delle emozioni, mancanza di fiducia nell'altro; comportamenti sessualizzati; paura, ansia generalizzata, alterazione della personalità con eventuale comparsa di disturbi dello spettro nevrotico (disturbi somatoformi, fobie, preoccupazioni ipocondriache), Disturbo post-traumatico da stress, disturbi dissociativi, disturbi borderline di personalità



Ma nell'esempio di Mary possiamo ipotizzare difficoltà relazionali precoci connesse alla emozione di paura e allo stress derivante da senso di "pericolo" e mancata protezione e reazioni psicologiche ad eventi traumatici successivi.



TRAUMA 2 ACCEZIONI INTERCONESSE:



La prima regola del cervello umano è favorire la sopravvivenza della specie

attraverso tre capacità regolate dal cervello:

SOPRAVVIVENZA INDIVIDUALE
PROCREAZIONE
PROTEZIONE E NUTRIMENTO DEI PICCOLI

LA STRATEGIA CHE UTILIZZIAMO è: costruire relazioni sociali

Lo stress e l'emisfero destro nei primi anni di vita

I circuiti neuronali dello stress nelle prime fasi dello sviluppo sono nell'emisfero destro che risulta dominante nel controllo delle funzioni vitali che **permettono la sopravvivenza**

Durante i primi due anni il volume del cervello cresce rapidamente e prima dei due anni l'emisfero destro è più grande del sinistro
Tutte le principali connessioni tra le fibre sono visibili entro i tre anni

La maturazione dell'emisfero destro è legata all'esperienza ed è quindi influenzata dall'ambiente di attaccamento nei primi due anni

Paola Di Blasio, Psicologia delle relazioni traumatiche, a.a.2010-2011

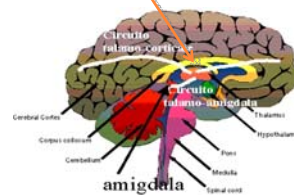


Sviluppo cerebrale

Inizialmente il centro del Sé è prevalentemente pre-verbale

Successivamente, l'emisfero sinistro che è il mediatore della maggior parte dei comportamenti linguistici, diventa più dominante, sia come attività sia come sviluppo

Solo verso la fine del terzo anno di vita il corpo calloso (parte gialla della fig) consente il trasferimento delle informazioni tra i due emisferi: prima di questa epoca si può vedere il cervello infantile come un cervello diviso (split brain), nel quale il mondo delle parole può spesso essere del tutto separato dalle reazioni emotive intense.



Paola Di Blasio, Psicologia delle relazioni traumatiche, a.a.2010-2011

Sviluppo cerebrale

L'emisfero destro è al centro non solo dell'elaborazione delle informazioni socio-emotive, nel facilitare le funzioni di attaccamento e nel regolare gli stati corporei ed affettivi, ma anche nel controllo delle funzioni vitali indispensabili alla sopravvivenza e che consentono all'organismo di affrontare, attivamente e passivamente, lo stress. La maturazione di queste capacità regolatorie dell'emisfero destro dipende dall'esperienza e questa esperienza è legata alla relazione di attaccamento: questa esperienza può influenzare positivamente o negativamente la maturazione della struttura cerebrale e, quindi, lo sviluppo psicologico del bambino.

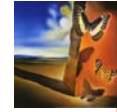
Capacità regolatorie

alcune componenti dell'interazione madre-bambino regolano i sistemi fisiologici (ritmo cardiaco e del respiro, funzioni intestinali, ecc., essenziali per la sopravvivenza) e comportamentali del bambino. Lo sviluppo può essere concepito come la trasformazione delle regolazioni da esterne in interne.

La base primitiva dell'attaccamento, che si può chiamare proto-attaccamento, è prevalentemente fisica, corporea, essenziale per la vita: anche in seguito la componente fisica, corporea rimarrà alla base ed in azione negli stadi più evoluti, quelli che prenderanno il nome di emozioni.



La conseguenza più grave del trauma relazionale è la perdita della capacità di autoregolare le emozioni: vale a dire la capacità di regolare l'intensità e la durata degli affetti



L'emisfero destro immagazzina un modello operativo interno della relazione di attaccamento che determina le strategie di regolazione dello stress

L'attaccamento- dunque- media la regolazione diadica delle emozioni
Infatti la madre durante lo sviluppo pos-natale del piccolo- attraverso sorriso, gioco ecc è coinvolta nella co-regolazione del sistema nervoso autonomo

Paola Di Blasio- Psicologia
delle relazioni
a.a.2010-20

Attaccamento disorganizzato



Evento traumatico

Trauma

Etimologia greca FERITA

Il trauma è un evento stressante inevitabile che annulla i meccanismi di difesa e altera la capacità dell'individuo di utilizzare strategie di coping (Van der Kolk e Finkelhor, 1994)

Dolore psichico che ferisce l'anima

Stimolo esterno eccessivo capace di sopraffare l'Io rendendolo privo di difese e incapace di reagire

“I grandi dolori sono muti” Erodoto, V° sec A.C.

**COSA SI INTENDE
PER "EVENTO TRAUMATICO"?**

Ci si riferisce sia ad avvenimenti al di fuori dell'abituale esperienza umana (*high magnitude events*) che ad esperienze relativamente comuni (*low magnitude events*), percepite come situazioni meramente difficili, dolorose, angoscianti e stressanti,

VISSUTE comunque COME estremamente MINACCIOSE.

L'evento traumatico a seconda che si presenti in forma singola e inaspettata (*stressor di tipo I*) o ripetuta (*stressor di tipo II*) può avere un'incidenza più o meno rilevante sullo sviluppo del trauma



Definizione

DSM-IVTR (2000) Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali

“la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri.

La risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore”.



Tipi di trauma



Criteria diagnostici per il Disturbo Post-traumatico da Stress

Per poter parlare di disturbo post traumatico da stress, secondo il DSM-IV, è necessario che:

A. La persona sia stata esposta ad un **evento traumatico** nel quale erano presenti **entrambe le caratteristiche seguenti**:

- la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontato con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia dell'integrità fisica propria o di altri;
- la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.

B. La presenza di almeno un sintomo riconducibile alla sensazione di rivivere l'evento traumatico SINTOMI INTRUSIVI (criterio B).

Il criterio B si riferisce al fatto che il trauma viene persistentemente rivissuto attraverso immagini, pensieri, percezioni, sogni, sensazioni, episodi dissociativi di flashback, comportamenti e giochi ripetitivi;



C. La presenza di almeno tre sintomi di evitamento ed attenuazione della reattività generale (criterio C). Il criterio C implica fenomeni di evitamento degli stimoli associati al trauma, ad es., sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate al trauma, sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma; e diminuzione della reattività generale quali: distacco ed estraneità verso gli altri, difficoltà a partecipare alle attività, comportamenti evitanti, depressione, assenza di interesse nelle attività usuali

D. almeno due sintomi di aumentato arousal (criterio D).;

il criterio D sottolinea i fenomeni di aumentato *arousal* e ipereccitabilità segnalati da disturbi del sonno, irritabilità, scoppi di collera, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza e risposte di allerta esagerate.



SPECIFICAZIONI

Possono essere utilizzate le seguenti specificazioni per indicare l'esordio e la durata dei sintomi del Disturbo Post-traumatico da Stress:

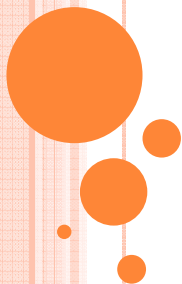
• **Acuto** Questa specificazione dovrebbe essere utilizzata quando la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi

• **Cronico** Questa specificazione dovrebbe essere utilizzata quando i sintomi durano tre mesi o più

• **Ad esordio tardivo**. Questa specificazione indica che sono trascorsi almeno 6 mesi tra l'evento e l'esordio dei sintomi



Disturbo post-traumatico da
stress complesso
e
dissociazione



Disturbo post-traumatico da stress complesso

Il riferimento a traumi circoscritti non consente di cogliere le conseguenze mutevoli dei
**TRAUMI
PROLUNGATI**



Soprattutto di natura interpersonale quali: prigionia e tortura, abuso infantile cronico, maltrattamenti prolungati delle donne da parte dei partners , sette ecc

Formulazione preliminare di questa sindrome:

DSE-NAS (DISTURBI DA STRESS ESTREMO NON-ALTRIMENTI SPECIFICATO)

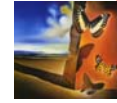
Copre un ampio spettro di disturbi e rivela la "eterogeneità" del PTSD



Che può assomigliare a molti disturbi di personalità e a disorganizzazione della personalità



○ **Sindrome del sopravvissuto**

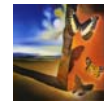


Oltre ai consueti sintomi del PTSD, possono essere presenti dissociazione, somatizzazione, instabilità affettiva, disturbi dell'identità e dei confini della persona, comportamenti autolesionistici, comportamento sessuale impulsivo e rischioso, difficoltà nella modulazione della rabbia e degli affetti in generale, coinvolgimento cronico in relazioni disfunzionali e frustranti, comportamenti autolesionistici e di autosconfitta, sintomi intrusivi di particolare gravità.

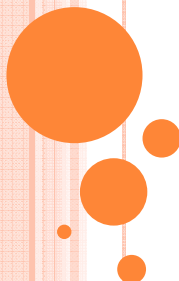


Judith L. Herman

3 categorie di sintomi che non rientrano propriamente nel DSM-IV



- ✓ Somatizzazione
- ✓ Dissociazione
- ✓ Modificazioni emozionali



Somatizzazione

Ampliamento e generalizzazione dei sintomi fisiologici del PTSD (ipervigilanza, ansia, risposte di allerta, insonnia)
Emicranie e cefalee tensive
Disturbi gastrointestinali e addominali
Dolori di schiena o pelvici
Tremori, sensazioni di soffocamento, nausea

- Nei sopravvissuti all'Olocausto quasi tutti i soggetti riportano somatizzazioni
- Nelle donne con somatizzazioni il 55% aveva subito molestie sessuali nell'infanzia



Dissociazione

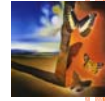
Modificazione dello stato di coscienza (es. durante la prigionia)
Soppressione volontaria del pensiero
Minimizzazione e diniego
Trance con capacità di sviluppare allucinazioni positive o negative

Alterazioni della percezione temporale e sensoriale della memoria e della concentrazione

Rottura della continuità tra presente e passato (iniziano con la cancellazione del futuro e finiscono per escludere anche il passato) Levi, 1958 I sopravvissuti di Auschwitz)

Schengold: frammentazione mentale nei bambini abusati per preservare l'illusione della bontà dei genitori. Scomparti isolati nella mente con immagini contrastanti di Sé, dei Genitori e degli Altri





Sintomi depressivi

L'iperattività cronica e i sintomi intrusivi del PTSD si uniscono ai sintomi neurovegetativi della depressione creando "la triade del sopravvissuto"
Insonnia - incubi – disturbi psicosomatici

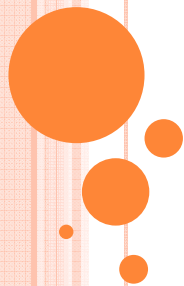
I sintomi dissociativi del PTSD si fondono con le difficoltà di concentrazione della depressione

La svalutazione dell'immagine di Sé che accompagna un trauma cronico alimenta il senso di colpa che caratterizza la depressione

La rabbia repressa e l'umiliazione accrescono il carico depressivo con tendenze suicidarie



In particolare la
dissociazione....



Il modello sostenuto da Putnam e da numerosi altri studiosi concepisce la dissociazione come uno spettro continuo di esperienze e comportamenti dissociativi. Questo modello si differenzia da quello proposto da Janet poiché include anche forme di dissociazione non legate alla patologia.

A un estremo di questo continuum vi sono le esperienze dissociative di lieve entità, presenti nella vita di tutti, come sognare ad occhi aperti, perdersi in un libro o in un film; all'estremo opposto vi sono stati acuti di dissociazione o e forme conclamate di disturbo dissociativo.



Putnam – riprendendo le funzioni psicologiche difensive inconscie della dissociazione di Janet - parla di tre categorie generali:

automatizzazione dei comportamenti, / automatismi dissociativi

compartimentalizzazione,

alterazione ed estraniamento del sé.



Funzioni difensive: **Automatizzazione**



L'automatizzazione consente di distogliere l'attenzione cosciente da compiti ripetitivi o procedurali. Nel momento in cui siamo di fronte ad un'attività che svolgiamo tutti i giorni e che richiede l'utilizzo di procedure sempre uguali e spesso noiose possiamo spostare la nostra attenzione verso altro; ad esempio se stiamo guidando nel traffico ci può capitare di distogliere l'attenzione dal compito esterno e dirigerla invece verso preoccupazioni interne.

Uno dei benefici della dissociazione "normale" è quindi la capacità della mente di suddividere l'attenzione in due o più flussi di coscienza, questo consente all'individuo di occuparsi di compiti mentali diversi nello stesso tempo (ricerche che utilizzano la DES mostrano che il 20% dei soggetti tende a dissociare mentre guida l'automobile)

Le attività automatiche vanno da compiti complessi come ad esempio guidare l'automobile a compiti che richiedono un minor sforzo mentale come ad esempio scarabocchiare mentre si parla al telefono.



Funzioni difensive:

Alterazione dell'identità e alienazione da sé

Sintomo centrale della dissociazione patologica

Alterazione della identità: mancanza di informazioni così fondamentali da non poter essere semplicemente dimenticate (es il proprio nome). Dunque amnesia dissociativa accompagnata da adozione di una identità secondaria, spesso antitetica a quella primaria. Mentre è attiva la identità secondaria il sogg è amnesico su quella primaria e viceversa.

Esperienza persistente di distacco dal proprio Sé

Disturbi dell'identità possono cronicizzarsi. Disturbi di personalità multipla
Spesso i primi episodi di personalità multipla emergono in relazione ad eventi traumatici sovrachianti



Funzioni difensive:

Automatizzazione



Abitualmente nella automatizzazione una parte di coscienza resta vigile e le risorse possono rapidamente essere ridirezionate, se necessario.

Automatismi patologici sono caratterizzati da episodi di comportamento automatico non controllati dal pensiero cosciente.

Ne sono esempi fughe dissociative, azioni che non vengono ricordate fino a casi rari ed estremi di atti criminali che non vengono ricordati



Funzioni difensive:

Compartimentalizzazione

Separa le aree di coscienza e memoria. permettendo l'isolamento di sentimenti e ricordi intollerabili e soverchianti. L'individuo in tal modo può evitare conflitti inconciliabili, può osservare se stesso in un modo diverso e interpretare a suo modo ciò che è accaduto.

Tale modalità non è perfetta e i ricordi o parti di ricordi connessi al trauma irrompono anche tramite flashback.





Sintomi dissociativi primari

Amnesie e sintomi mnestici

Lacune temporali, blackout e amnesie

Episodi di fuga

Fluttuazioni inspiegabili in abilità, abitudini e conoscenze

Memoria autobiografica frammentaria

Difficoltà a determinare la fonte della informazione ricordata

Difficoltà a determinare se le esperienze ricordate sono accadute realmente

Flashback dissociativi

Sintomi del processo dissociativo

Depersonalizzazione

Derealizzazione

Esperienze di influenza/ interferenza passiva

Allucinazioni uditive dissociative

Stati simili a trance

Stati di personalità alternativa (nei pazienti con DPM e nelle fughe)

Salti comportamentali

Disturbo del pensiero dissociativo



LA TERAPIA CON I BAMBINI VITTIME DI ABUSO

Obiettivi:

- 1) Investire il mondo reale → progressivo investimento del mondo reale dal nuovo flusso di informazioni e dal conseguente cambiamento di prospettiva dovuto alla rottura del segreto. Tale processo aiuta a riassorbire la sensazione di impotenza**
- 2) Elaborare il senso di colpa → difficoltà di riconoscersi come vittime**
- 3) Lutto e ricostruzione → elaborazione dell'evento mediante la rinnovata capacità di dare significato, ricostruzione di un tessuto che permetta di vivere**



I bambini vittime di violenza incontrano però spesso difficoltà nella comunicazione, sotto forma di difficoltà nel parlare di argomenti tabù, mancanza di termini appropriati per descrivere le proprie emozioni, timore di essere puniti da chi ha abusato di loro, esigenza di mantenere il “segreto” (Thomas e Silk, 1998). Il trauma spesso produce emozioni di vergogna, colpa e umiliazione, che spingono il bambino a celare e a nascondere l'evento traumatico, così come la presenza di sintomi attivi di PTSD può portare ad evitare conversazioni che ricordino il trauma.

L'utilizzo del gioco e del disegno possono allora porsi come mezzo per facilitare la comunicazione e promuovere l'elaborazione dell'evento traumatico, perché permettono al soggetto di far emergere le proprie memorie traumatiche in modo inconsapevole e quindi accettabile.



Intervento sulla famiglia e sui bambini vittime



Ipotesi di Intervento

