

Psicoterapia cognitiva nel Childhood Traumatic Grief

Elena Lo Presti¹

¹Dirigente Psicologo ASL/VT DSM CSM Distretto 1

Riassunto

Lo scopo di questo studio è l'analisi dello stato dell'arte rispetto al tema del lutto infantile traumatico (Childhood Traumatic Grief), attraverso una raccolta dei più recenti contributi scientifici internazionali riguardanti l'efficacia e le nuove proposte della psicoterapia cognitivo-comportamentale. Secondo Cohen, Mannarino, Staron il CTG è ultimamente osservato come costrutto psicologico emergente, non presente attualmente nel manuale DSM IV, a cui un gruppo di psichiatri e psicologi dell'età evolutiva, facente parte del NCTSN, sta lavorando al fine di inserire nel prossimo DSM V una nuova categoria diagnostica: DTD Developmental Trauma Disorder.

Sembrano evidenti le caratteristiche comuni tra PTSD e CTG, tuttavia le ricerche sembrano evidenziare due condizioni cliniche differenti. Cohen e Mannarino hanno proposto e studiato l'efficacia di un protocollo basato su 12 sessioni di psicoterapia cognitivo-comportamentale (modificato da un precedente di 16 sessioni), consistente in componenti sequenziali focalizzati al trattamento dei sintomi dello stress post-traumatico e del lutto traumatico.

Il modello CBT-CTG richiede ulteriori indagini sperimentali ma sembra offrire una nuova ed interessante prospettiva di comprensione nell'ambito della psicopatologia e psicoterapia dell'età evolutiva.

Summary

The objective of this study is to analyse the state of the art of Childhood Traumatic Grief, through a review and a collection of the most recent scientific works on the evidence and on the new contributions of cognitive-behavioral psychotherapy. According to Cohen, Mannarino, Staron, Childhood Traumatic Grief can be considered a new psychological construct, not present in the DSM IV at the moment, which has been studied by a group of psychiatrists and psychologists, part of the NCTSN. They are working to insert a new diagnosis in the next DSM V: DTD Developmental Trauma Disorder.

It seems clear that PTSD and CTG have common characteristics but reaserches show two different clinical conditions. Cohen and Mannarino suggest a new modified 12-session protocol of CBT (modified from a previous 16 session) consisting of sequential components focused on treatment of post-traumatic stress and CTG symptoms.

The CBT-CTG model requires futher experimental studies but it seems to offer a new interesting comprehensive perspective within developmental psychopatology and psychotherapy.

Introduzione

La scelta di affrontare il tema del lutto infantile è stata presa sulla base di un interesse rivolto verso gli eventi e i fattori di rischio che, nel corso della vita, potrebbero influire sullo sviluppo psicologico e su eventuali successive manifestazioni psicopatologiche in età adulta.

Ascoltando e ricostruendo le storie di vita di molte persone non è poi così raro venire a conoscenza di una precoce esperienza di perdita della figura di attaccamento e delle conseguenze che un evento di tale genere può aver determinato nel corso del tempo.

Inoltre, è piuttosto singolare che non ci siano molte pubblicazioni su questo tema in confronto, per esempio, al trauma dell'abuso infantile, purtroppo così attuale, anche a causa degli ultimi avvenimenti di cronaca.

Secondo Melhem, Moritz et al. (2007), osservando un campione rappresentativo di giovani in una città urbana degli Stati Uniti, almeno il 51.9% ha vissuto l'esperienza della morte improvvisa ed inaspettata di un parente stretto o di un amico entro i 21 anni di età; dunque, si può ritenere il più comune evento di vita serio negativo (Breslau, 2004). Per Yamamoto et al. (1996) la morte di un genitore è riportata come uno degli eventi di vita più stressanti che un bambino possa vivere.

Solo di recente alcuni autori stanno valutando le caratteristiche tipiche del "Childhood traumatic grief" (CTG) al fine di differenziarlo dal Disturbo post-traumatico da stress o dal disturbo depressivo ed al fine di valutare l'efficacia di specifici trattamenti psicoterapeutici, in particolare di protocolli di terapia cognitivo-comportamentale modificata, introducendo specifiche sessioni per il CTG. (CBT-CTG, Cohen, Mannarino, 2006).

Secondo M. L. Martin, Dipartimento dello Sviluppo e Socializzazione dell'Università di Padova (2002):

“Vi è ancora la tendenza a pensare che la morte sia un vero e proprio tabù, come lo era stato un tempo la sessualità. Sembra che la paura della morte porti l'adulto a comportarsi in modo da eliminare ogni fonte d'angoscia, evitando ogni discorso diretto ed utilizzando invece simboli, allusioni, metafore: si usano per esempio E' come se l'uomo volesse mantenere una certa distanza dalla morte, sia dal punto di vista concreto che psicologico allo scopo di non venire "contaminato" dalla sua vicinanza o dalle riflessioni su di essa”.

La morte c'è, ne parliamo, ma solo se ci sta ad una certa distanza "effettiva" e "affettiva".

Secondo il National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) ed autori come Brown e Goodman (2005) è opportuno operare delle distinzioni tra alcuni concetti generalmente utilizzati nel linguaggio comune, a volte anche in modo intercambiabile.

Il *dolore (Grief)* descrive l'intenso distress emotivo (ma anche le reazioni fisiologiche, cognitive e comportamentali) che proviamo dopo la morte di una persona significativa.

Il *lutto (Bereavement)* si riferisce alla condizione del vivere la perdita di una persona amata, a causa della sua morte.

Il *cordoglio (Mourning)* si riferisce prevalentemente all'espressione del lutto da parte della famiglia ed ai rituali sociali e culturali associati al lutto.

A.F. Lieberman, N.C. Compton, P. Van Hort, C. Ghosh Ippen (2003), sostengono che: “La morte di un genitore rappresenti comunque ciò che J. Bowlby ha definito “il trauma della perdita”, se avviene nei primi 5 anni di vita del bambino, prima cioè che questi abbia stabilito un senso del Sé autonomo relativamente indipendente dalla protezione del genitore. Noi sosteniamo che il dolore prematuro sia traumatico in sé, perché il bambino non possiede né i meccanismi emotivi, né quelli di coping per mantenere la regolazione neuropsicologica per sostenere un senso di sé organizzato e coerente nell'affrontare il dolore”.

Per l'apprendimento della morte come perdita definitiva si presuppone l'acquisizione della parola, e della simbolizzazione, a cui seguono un po' alla volta la distinzione tra animato e inanimato, le nozioni di tempo e di durata, le conseguenti dislocazioni temporali di presente, passato e futuro e i rapporti di causalità.

Secondo S. Anthony (1971) prima dei tre anni il concetto della morte è piuttosto indefinito e solo dai 7 anni si giunge ad un concetto sufficientemente elaborato ed abbastanza corretto.

Per M. Nagy (1951) l'irreversibilità della morte è compresa solo verso i 9 anni.

Una ricerca condotta da G. Christ, esperta di lutto infantile ed autrice del libro: “Healing Children's Grief: surviving a parent's death from cancer”, Oxford University Press (2000), ha suddiviso un campione di 157 bambini in 5 gruppi di età, basati su simili livelli di sviluppo cognitivo, emotivo e sociale, al fine di osservare e classificare le loro reazioni manifestate al lutto.

Il protocollo terapeutico della CBT- CTG ossia della terapia cognitivo-comportamentale applicata al Childhood Traumatic Grief (CTG, Lutto infantile traumatico), derivata da una modificazione della terapia cognitivo-comportamentale focalizzata al trauma (Trauma-focused cognitive-behavioral therapy, TF-CBT), è stato utilizzato inizialmente per trattare i genitori ed i bambini che avevano vissuto il trauma di un disastro aereo, accaduto a Pittsburgh nel 1994 (Stubenbort et al., 2001).

Successivamente agli attacchi terroristici dell'11 Settembre 2001 in USA, venne fondato il National Child Traumatic Stress Network per opera della SAMHSA (Substance Abuse and

Mental Health Services Administration), del DHHS (Department of Health and Human Services), del CMHS (Center for Mental Health Services) il cui obiettivo, come si legge nella dichiarazione costitutiva, è quello di: “Innalzare lo standard di cura e migliorare l'accesso ai servizi per i bambini traumatizzati, per le loro famiglie e per la comunità in tutti gli Stati Uniti”.

Tra le tipologie di trauma prevalentemente considerate:

- Abuso infantile e maltrattamenti
- Violenza domestica
- Violenza della comunità e vittimizzazione criminale
- Traumi relativi a interventi medici

- Perdite e lutti traumatici
- Incidenti/Incendi

Il *range* di possibili fenomeni traumatici presi in considerazione da questa organizzazione è molto vario e, per certi versi, rispecchia alcune peculiarità del territorio e dell'ambiente degli Stati Uniti. Il loro intervento potrebbe essere attuato con tutte le persone che hanno subito le conseguenze sia di eventi naturali/ umani catastrofici, come: terremoti, alluvioni, uragani, tornado, eruzioni vulcaniche, grandi incidenti nei trasporti, incidenti industriali, disastri tecnologici sia di catastrofi originate dall'azione umana, come: le guerre, i genocidi, i conflitti terroristici.

Secondo J. Cohen, A. Mannarino, V.R. Staron (2006) il Childhood Traumatic Grief (CTG) è un costrutto emergente che sta interessando diversi studiosi, anche se al momento attuale non è inserito nelle categorie diagnostiche del DSM-IV.

L'interesse verso questo argomento ha permesso di identificare una condizione clinica che potrebbe essere descritta come una combinazione tra un lutto non risolto ed i sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che determina un significativo danneggiamento in importanti aree di funzionamento (Cohen e Mannarino, 2004); non solo procurare un danno rispetto allo sviluppo del bambino ma anche alle sue relazioni, ai suoi successi e alla successiva efficacia nella vita se non trattato o in qualche modo risolto.

In particolare, si ritiene che il CTG possa ledere l'abilità del bambino a negoziare il corso tipico del processo del lutto.

Secondo gli autori, gli interventi psicoterapeutici focalizzati solamente al trauma potrebbero risolvere con successo i sintomi del PTSD ma non sono adeguati nel colpire i sintomi del lutto non risolto, caratteristici del CTG.

I bambini con CTG potrebbero sperimentare sintomi depressivi e potrebbero soddisfare i criteri per il PTSD, ma i bambini potrebbero avere sintomi addizionali di lutto non risolto, che vanno oltre i criteri diagnostici per il PTSD.

Va precisato che non esistono molti studi che analizzano le conseguenze a lungo termine di un trauma infantile precoce e che dimostrano una correlazione specifica con lo sviluppo successivo di specifici disturbi psicopatologici; per lo più le ricerche condotte finora si basano su un limitato numero di casi clinici e propendono per ipotesi etiologiche non ancora dimostrate scientificamente.

A questo proposito, Kaplow, Saxe, Putnam, Pynoos e Lieberman (2006) presentarono, al diciannovesimo Congresso annuale della società internazionale per gli studi sullo Stress Traumatico, un caso di una ragazza, che all'età di 19 mesi fu testimone dell'uccisione della madre da parte del padre e che sembrò non manifestare nessun ricordo della disgrazia fino all'età di 11 anni, quando cominciò a mostrare gravi sintomi di PTSD, in risposta a segnali di natura traumatica.

Gli autori hanno osservato, in modo particolare, il ruolo della precoce memoria infantile e del trauma, dell'apprendimento e della valutazione del pericolo, del PTSD e del lutto traumatico nella prima infanzia. Nel caso presentato, sembrerebbe che sia rilevante l'impatto di memorie traumatiche "preverbal" sul successivo funzionamento della ragazza e per questo, secondo gli autori sarebbe necessario un precoce intervento immediatamente dopo gli eventi traumatici.

Negli ultimi dieci anni sembra, comunque, che il Complicated Grief sia considerato in modo ben diverso dall'ansia e dalla depressione mentre il dibattito è ancora aperto sulla possibilità che si tratti di una entità separata o collegata al PTSD.

Childhood traumatic grief

Secondo E. J. Brown e R. F. Goodman (2005), che hanno ampiamente esplorato il costrutto del CTG, la prima definizione di Childhood traumatic grief risale a Stroebe, Hansson, Stroebe e Shut (2001).

Secondo il National Institute of Mental Health (NIMH, 2006) il Childhood Traumatic Grief (CTG):

“Si riferisce a quella condizione in cui un bambino o un adolescente ha perso una persona amata, in circostanze oggettivamente e soggettivamente traumatiche ed, in cui, i sintomi del trauma colpiscono l'abilità del bambino di superare il normale processo del lutto”.

Semberebbe che il CTG sia un costrutto nuovo, ancora non compreso nel DSM-IV ma evidenziabile dai dati empirici disponibili al momento e descritto come una combinazione del lutto non risolto e di sintomi post-traumatici da stress, associato a un danno significativo in importanti aree di funzionamento (Cohen e Mannarino, 2004).

Diversi sintomi da stress post-traumatico nel CTG sono simili a quelli del Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), come: ri-sperimentare aspetti della causa traumatica della morte, inclusi pensieri preoccupanti circa il trauma o la persona che è morta, evitamento dei ricordi traumatici e “stordimento” emotivo (emotional numbing), iperattivazione fisiologica, irritabilità, rabbia.

Tuttavia, i bambini con CTG possono sperimentare sintomi depressivi come tristezza, mancanza di speranza e senso di colpa del sopravvissuto (Brown and Goodman, 2005; Cohen and Mannarino, 2004).

Sembra che ci siano dei sintomi aggiuntivi rispetto al lutto non risolto oltre ai criteri diagnostici per il PTSD.

Ciò che distingue il CTG dalle altre condizioni sembra essere dovuto ai sintomi del trauma che interferiscono con l'abilità del bambino nel gestire i tipici processi del lutto.

Naturalmente, non tutti i bambini o gli adolescenti che subiscono una perdita affrontano, un processo di elaborazione del lutto in modo traumatico.

Secondo il NIMH, le memorie, i pensieri e le immagini relative alla natura traumatica della perdita della persona amata potrebbero condurre a conseguenze quali: continue rappresentazioni intrusive del trauma, un'iper-attivazione fisiologica ed al distress psicologico.

L'interazione dei sintomi traumatici e del lutto sono tali per cui anche pensieri e ricordi di natura positiva potrebbero scatenare pensieri terrorizzanti, immagini, ricordi di come è morta la persona.

In particolare, vengono elencati tre tipologie di fattori scatenanti (*trigger*):

- *Trauma reminders*: i fattori che richiamano/ricordano il trauma (persone, luoghi, scenari, odori, suoni che ricordano al bambino la natura traumatica della morte);
- *Loss reminders*: i fattori che richiamano/ricordano la perdita (situazioni, pensieri e memorie che ricordano al bambino la scomparsa di quella persona; es. la data di un compleanno o vedere delle fotografie);
- *Change reminders*: i fattori che richiamano/ricordano il cambiamento (situazioni, persone, luoghi o oggetti che ricordano al bambino i cambiamenti nelle abitudini di vita legati all'evento traumatico; es. un trasferimento in un altro quartiere o l'essere affidato ad uno zio).

Viene specificato, che nel CTG la causa della morte non deve essere necessariamente traumatica ma deve essere stata soggettivamente vissuta dal bambino come orrenda, immediata o inaspettata.

Inoltre, le morti legate a ciò che definiamo "morte naturale" (cancro, infarto, ictus...) potrebbero portare ad un lutto traumatico se l'esperienza della morte è stata particolarmente traumatica (per esempio, se il bambino ha direttamente assistito alla morte, se la morte è stata percepita carica di dolore e sofferenza, se l'aspetto esteriore del deceduto era stato mutilato, sfigurato o, comunque, risultava orrendo al bambino).

Al fine di una diagnosi differenziale va considerato che sebbene i bambini con CTG spesso manifestino i sintomi di un Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che interferiscono con la capacità del bambino di affrontare il cordoglio, tale sintomatologia non sempre deve giungere sino al livello di una completa diagnosi del PTSD. Infatti, alcuni bambini potrebbero manifestare CTG senza PTSD oppure il contrario.

A questo proposito, Melhem, Shear, Day et al. (2004) hanno studiato la relazione tra il lutto traumatico e la depressione e il disturbo post-traumatico da stress in un campione di adolescenti esposti al suicidio di un loro coetaneo. Un campione di 146 amici e conoscenti di 26 vittime di suicidio è stato intervistato (e valutato con il Texas Revised Inventory of grief e con Inventory of complicated Grief) a distanza di 6, 12, 18, 36 mesi e dopo 6 anni. I loro risultati dimostrerebbero che il manifestarsi del lutto traumatico sia indipendente dalla depressione e dal PTSD. Anche Boelen, van de Bout, de Keijser (2003) sostengono la distinzione in 3 distinti fattori dei sintomi del lutto traumatico, dell'ansia e della depressione.

Secondo NIMH, le difficoltà specifiche del CTG, che si verificano comunemente, includono tali condizioni:

1. *Intrusive memories about the death.* Il continuo rivivere l'evento traumatico che ha determinato la morte della persona amata dal bambino, può avvenire attraverso incubi, senso di colpa, colpa circa la modalità secondo cui è morta la persona o pensieri ricorrenti ed intrusivi sulla morte (soprattutto quando particolarmente atroce).
2. *Avoidance and numbing.* L'evitamento di tutto ciò che ricorda l'evento traumatico, la morte e la persona cara; può manifestarsi attraverso il ritiro, il bambino può comportarsi come se non fosse triste ed evitando il ricordo della persona cara.
3. *Physical or emotional symptoms of increased arousal.* Iper-arousal fisiologico, evidente attraverso l'irritabilità, la rabbia, problemi del sonno, diminuzione della concentrazione, fallimenti scolastici, mal di pancia, mal di testa, aumento della vigilanza e paura sulla sicurezza degli altri e di se stesso.

Al fine di soddisfare i criteri per il PTSD, i bambini devono aver sperimentato seri danni o minacce all'integrità fisica per se stessi o per gli altri e rispondere con intenso orrore, paura o senso di impossibilità ad essere aiutati.

Secondo il Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh Medical Center (2006), i criteri che sono attualmente considerati caratteristici del CTG sono :

1. La morte di una persona amata dal bambino in circostanze che sono oggettivamente o soggettivamente traumatiche;
2. La presenza significativa di sintomi tipici del PTSD, inclusi i fattori che richiamano la perdita ed il cambiamento, che successivamente conducono da una sorta di stordimento iniziale all'evitamento.
3. La ricaduta della sintomatologia legata al PTSD sull'abilità del bambino di elaborare il lutto "normale".

Secondo il NCTSN non devono essere sottovalutate tutte le "avversità secondarie" che seguono la morte o l'esperienza traumatica e che il bambino si trova ad affrontare contemporaneamente al lutto, rendendo ancora più probabile il rischio di reazioni traumatiche al lutto.

Ad esempio, si pensi ad un bambino, che un attacco cardiaco fatale per il papà si trovi costretto a cambiare casa, livello socio-economico e rete sociale a causa di conseguenti difficoltà economiche.

Shear, Frank, Houck, Reynolds (2005) hanno proposto una tabella riassuntiva che permette di confrontare le similitudini e le differenze che si riscontrano tra il complicated grief e la depressione maggiore e il disturbo post-traumatico da stress, sulla base dei criteri diagnostici del DSM- IV.

Il campione è costituito da 129 bambini ed adolescenti, di età compresa tra i 7 ed i 18 anni, selezionati da 89 famiglie in cui un genitore è morto per suicidio, incidente o per cause naturali.

L'assessment dei bambini e adolescenti in lutto è stato condotto entro un anno dalla morte del genitore (media = 8.2 mesi), a casa dei partecipanti, utilizzando ICG-R Inventory of Complicated Grief-Revised

(che ha mostrato un'elevata validità interna); Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age Children Present and Lifetime version (Kaufman et al. 1997) oppure l'Intervista Clinica Strutturata per le diagnosi con DSM-IV per i ragazzi di 18 anni (Spitzer et al. 1992).

SIMILARITÀ TRA LUTTO TRAUMATICO	
E	
DEPRESSIONE MAGGIORE	DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS
Tristezza, perdita di interesse, perdita di auto-stima, senso di colpa.	Attivazione da evento traumatico, senso di shock, impotenza, immagini intrusive, comportamento evitante
DIFFERENZE TRA	
DEPRESSIONE MAGGIORE	LUTTO TRAUMATICO
Umore triste pervasivo	Tristezza collegata alla nostalgia della persona deceduta
Perdita di interesse o piacere	Mantenimento dell'interesse verso i ricordi che riguardano la persona deceduta, fantasticherie piacevoli
Pervasivo senso di colpa	Senso di colpa focalizzato sulle interazioni con la persona deceduta
Ruminazione sugli errori del passato o sulle debolezze	Immagini intrusive della persona deceduta
	Evitamento delle situazioni e delle persone collegate a ricordi della perdita
DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS	LUTTO TRAUMATICO
Attivazione (trigger) da minaccia fisica	Attivazione (trigger) dalla perdita
L'emozione primaria è la paura	L'emozione primaria è la tristezza
Gli incubi sono molto comuni	Gli incubi sono rari
Ricordi dolorosi collegati all'evento traumatico, solitamente specifici dell'evento	Ricordi dolorosi sono molto pervasivi ed inaspettati
	Forte desiderio e nostalgia della persona che è morta
	Piacevoli <i>reverie</i> , fantasticherie ad occhi aperti

Figura 1. Similarità e differenze tra lutto complicato e disturbi classificati nel DSM-IV, da JAMA, June 1, 2005, Vol.293, n. 21

Numerosi altri test volti a misurare la condizione problematica dei ragazzi sono stati utilizzati in questo studio.

I risultati dimostrano che elevati punteggi del CG : Complicated Grief (concetto analogo al CTG di Cohen et al.) correlano significativamente con una alterazione funzionale, sia stimata clinicamente attraverso il test CGAS (Children's global assessment scale) e attraverso l'auto-valutazione (ICG-R, impairment item) È presente un'elevata correlazione con la sintomatologia depressiva, con l'ansia, con la mancanza di fiducia (hopelessness) con il PTSD e con l'ideazione suicidaria.

Contrariamente alle aspettative, i punteggi del CG non erano elevati nei bambini e negli adolescenti che hanno perso un genitore perché si è suicidato rispetto a quelli che hanno perso un genitore a causa di un incidente o di una improvvisa morte naturale.

Gli autori sostengono di aver identificato alcune differenze con il Complicated Grief negli adulti, per questo, hanno eliminato dalle analisi fattoriali alcuni sintomi come: il cercare la persona deceduta, l'imitazione dei comportamenti o dei sintomi della persona deceduta, i sintomi di evitamento. Tuttavia, nelle loro conclusioni sostengono di aver fornito un'iniziale evidenza dell'esistenza e del significato clinico del CG nei bambini e negli adolescenti, anche se ritengono necessari ulteriori studi per esaminare il corso e la prognosi del CG e per identificare il substrato dei bambini in lutto, che potrebbero avere la necessità di un trattamento specifico.

Una nuova diagnosi per il trauma infantile: dtd “developmental trauma disorder”.

Secondo un recente articolo di Tory De Angelis tratto da APA ONLINE (Monitor on Psychology, Marzo 2007), l'indicatore preso in considerazione per valutare quanti bambini soffrano a causa di severi traumi nel corso della loro infanzia (abuso, stati di tra scurezza o abbandono, persistente violenza sociale, genitori danneggiati da malattie, alcool o depressione...ecc.) è il numero impressionante di bambini che annualmente è riportato dai servizi dedicati alla protezione infantile, per problematiche legate ad abuso ed abbandono: 3 milioni.

Di questi, circa un milione di casi sono stati documentati, in accordo ad una relazione del 2003 dell'Amministrazione per i Bambini, i Giovani e le Famiglie.

Un gruppo di lavoro composto da psichiatri e psicologi dell'età evolutiva (un gruppo che fa parte del NCTSN e comprende un consorzio di 70 centri dedicati alla salute mentale infantile) si sta occupando di inserire nel prossimo DSM V, che uscirà nel 2011, una nuova diagnosi che comprenderà la situazione critica che riguarda questi bambini e questi giovani e che, attualmente, non è adeguatamente compresa dalle attuali categorie diagnostiche.

Questo gruppo di specialisti sta studiando una nuova diagnosi chiamata: *DTD Developmental Trauma Disorder*; tale diagnosi sarebbe maggiormente appropriata nei casi di esposizioni a diversi traumi cronici, generalmente di natura interpersonale; quando si manifesta un set unico di sintomi che si differenzia dalla sintomatologia del Disturbo Post-traumatico da Stress e nelle situazioni in cui tali traumi condizionino i bambini, in modo diverso, a seconda del loro stadio di sviluppo.

La diagnosi proposta non è stata ancora definita completamente ma, secondo van der Kolk (2005) queste potrebbero essere le caratteristiche da considerare per effettuare questo tipo di diagnosi:

1. *Esposizione*: Esposizione ad uno o più forme di traumi interpersonali avversi allo sviluppo, come: abbandono, tradimento, abuso fisico o sessuale ed abuso emotivo. In relazione a questo tipo di

trauma, si potrebbero manifestare alcune reazioni (emotive) soggettive come: la collera, la sfiducia legata al sentirsi tradito, la paura, la rassegnazione, il pessimismo, la vergogna.

2. *Disregolazione*: Lo sviluppo di sregolato in risposta a traumi, include disturbi nella sfera emotiva, di salute, comportamentali (es. auto-aggressività), cognitivi (ad esempio: confusione e dissociazione), relazionali e di auto-attribuzioni.
3. *Attribuzioni ed aspettative negative*: Credenze negative in linea con l'esperienza del trauma interpersonale. Potrebbero, ad esempio, riguardare il mettere fine all'aspettativa di essere protetto dagli altri e nel credere che la futura vittimizzazione sia inevitabile.
4. *Danni funzionali*: Danneggiamento in qualcuna o in tutte le aree di vita del bambino, compresa la scuola, le amicizie, le relazioni familiari e il rapporto con l'autorità/la legge.

Lo psichiatra B. van der Kolk (Boston University Medical Center) dichiara: "Mentre il PTSD è una buona definizione per il trauma acuto negli adulti, non è adeguato nei bambini, che spesso sono traumatizzati in un contesto relazionale e, poiché lo sviluppo cerebrale non è completato, il trauma ha un'influenza molto più pervasiva e di lunga portata sul loro concetto di sé, sul loro senso del mondo, sulla loro abilità di auto-regolazione.

Robert Pynoos, ritiene che il DTD abbia una forte base scientifica e che, introducendo una diagnosi rigorosa si possa fare molto per migliaia di bambini.

Per contribuire ad una solida validità scientifica, il gruppo di studiosi sta analizzando un grande database di tutti quei bambini che potrebbero essere candidati per la diagnosi potenziale.

I membri del network per i traumi infantili, che si occupa di circa 50.000 bambini all'anno, sta costruendo un set di dati riguardanti non solo che tipo di traumi sono stati vissuti dai bambini, ma anche quando sono capitati e per quanto tempo.

Il gruppo sta tracciando uno studio longitudinale di 20 anni di 4000 bambini australiani sopravvissuti a disastri naturali, includendo domande sulla storia di vita.

In questo modo, verranno effettuati confronti tra i bambini che hanno sofferto a causa di traumi interpersonali e bambini che non ne hanno subiti.

J. Ford, psicologa dell'Università del Connecticut, sostiene che il quadro teorico di riferimento è dato dalla letteratura sull'attaccamento, sullo sviluppo e sul trauma interpersonale ed, in particolare, sono analizzate due correnti di ricerca. La prima riguarda le ricerche sui bambini, che hanno subito traumi interpersonali, che manifestano un'abilità alterata nella regolazione delle emozioni, del comportamento e dell'attenzione.

Esperimenti con alcuni animali hanno dimostrato che quando il caregiving è interrotto o ritirato, diventano ansiosi, hanno un'elevata reattività ai fattori di stress e quando diventano più grandi, sono molto meno propensi ad esplorare i loro ambienti.

L'altro filone di ricerca dimostra che l'abilità successiva dei bambini di ragionare chiaramente e di risoluzione dei problemi con una modalità calma, non impulsiva proviene dalle loro esperienze relative ai primi 5 / 7 anni di vita.

Uno studio retrospettivo in corso su 17.337 adulti (utenti dei servizi fondati da "kaiser Permanente" e del Centro di controllo e prevenzione dei disturbi) ha considerato una relazione altamente significativa tra le esperienze traumatiche infantili (come abusi sessuali e fisici) e episodi successivi di depressione, tentati suicidi, alcolismo, abuso di sostanze stupefacenti, promiscuità sessuale e violenza domestica.

Hanno anche dimostrato che più sono avverse le esperienze infantili riportate e più facilmente il soggetto potrebbe sviluppare malattie quali attacchi cardiaci, cancro e ictus.

Il gruppo sta anche prendendo in considerazione le ultime scoperte sulle conseguenze neurobiologiche dello stress traumatico interpersonale. Ad esempio, in donne abusate da bambine che ricordano memorie dell'abuso o che si trovano ad affrontare stimoli cognitivi stressanti si manifestano forti reazioni in aree del cervello che segnalano la minaccia, tranne una ridotta mobilitazione delle aree cerebrali coinvolte nella focalizzazione dell'attenzione e nella categorizzazione delle informazioni.

Per quanto riguarda il trattamento del trauma infantile è abbastanza evidente la necessità di raccogliere le informazioni sui nuovi interventi specifici per lavorare con questi giovani.

Una tipologia di trattamento si basa sull'insegnamento di abilità di auto-regolazione con la finalità di raggiungere la consapevolezza sul loro livello di adattamento al trauma.

Il trattamento potrebbe aiutarli a modificare il loro stile di adattamento spostandosi da un modo iniziale legato alla sopravvivenza ad uno maggiormente appropriato allo stadio di sviluppo, recuperando competenze specifiche della crescita.

La Lieberman è critica rispetto al coinvolgimento dei genitori dal momento che coloro che maltrattano i propri figli spesso hanno anch'essi dei problemi di disregolazione (trasmissione intergenerazionale del trauma).

Nel tipo di psicoterapia Genitore-Bambino si interviene aiutando il padre o la madre ad abituarsi alla loro stessa disregolazione ed a divenire più responsivi a quella del bambino.

Molti esperti sostengono che le basi del nuovo gruppo di studiosi è ben radicato nelle recenti scoperte della ricerca sull'attaccamento genitore-bambino, sullo sviluppo neurobiologico, sui processi di elaborazione delle informazioni e nei risultati del trattamento.

Il presidente della divisione 56 dell'APA che si occupa di trauma, J. Alpert sostiene che il gruppo sta lavorando per identificare correttamente alcuni sintomi certi dei bambini ed il trauma interpersonale.

Ovviamente, questi autori ritengono di vitale importanza che la ricerca sia efficace nell'identificare correttamente i bambini e che una tale diagnosi non venga utilizzata in modo scorretto o abusata.

Modified Cognitive-Behavioral Therapy: Trauma Focused Cognitive Therapy And Specific Grief-Focused Components

Cohen, Mannarino e Staron (2006) hanno presentato una ricerca in cui la precedente versione, composta di 16 sessioni, della CBT-CTG da loro ideata è stata ridotta alle 12 sessioni, sopra riportate.

Nello specifico, questo trattamento include 8 sessioni focalizzate al trauma seguite da 8 sessioni focalizzate al lutto; la modalità prevalente consiste in visite individuali al bambino ed al genitore ma sono state inserite, in entrambe le sessioni, delle sedute bambino-genitore insieme.

Modified 12 session cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief protocol da J. Cohen, A. P. Mannarino, V. R. Staron. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 45:12, Dec. 2006	
Sessi one 1	Introduzione al modello, psicoeducazione, identificazione delle emozioni, skills della modulazione affettiva
Sessi one 2	Skills del rilassamento e calma (focalizzato su respiro, rilassamento muscolare, interruzione del pensiero, identificazione e metodi personalizzati di riduzione dello stress (es. danza, yoga, artigianato, lettura, ecc.), sessione con il genitore, skills della gestione del ruolo di genitore
Sessi one 3	Introduzione alla triade cognitiva (esplorare e fare pratica con l'applicazione della relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti, a come si relazionano agli eventi quotidiani, al fine di migliorare il coping cognitivo per gli eventi negativi quotidiani)
Sessi one 4	Recensione delle coping skills, introduzione al rationale per creare la <u>narrativa</u> del trauma
Sessi one 5 - 7	Creazione della narrativa del trauma del bambino legata alla morte, elaborazione cognitiva, sessioni con il genitore, lettura al genitore del racconto del bambino
Sessi one 7 - 8	Sessioni riunite genitore – bambino, il bambino condivide la narrazione del trauma con il genitore, identificazione e preparazione ai futuri ricordi del trauma
Sessi one 9	Psicoeducazione sul lutto, nominare chi è stato perso, affrontare le emozioni ambivalenti sulla persona deceduta
Sessi one 10	Creazione e conservazione di memorie positive della persona deceduta, modificazione della relazione passando dall'interazione alla memoria
Sessi one 11	Riaffidarsi a relazioni attuali, creare un significato della perdita traumatica, sessione riunita genitore – bambino
Sessi one 12	Tematiche finali (condivisione dei ricordi positivi, il ciclo della vita, prevedere, preparare e dare il permesso a futuri ricordi del lutto), sessione riunita genitore – bambino, conclusione

Figura 2. Protocollo modificato della terapia di 12 sessioni per il CTG.

Ogni sessione del trattamento ha la durata di 60 minuti, ugualmente suddivisi tra le sessioni del genitore e del bambino. Ogni seduta è stata audio-registrata e valutata per stimare l'aderenza al modello terapeutico.

Il trattamento terapeutico è stato condotto da due terapeuti che singolarmente vedevano il genitore e il bambino.

I risultati di questo studio dimostrano che la versione ridotta a 12 sessioni del protocollo CBT-CTG può essere in modo significativo efficace per la popolazione dei bambini in lutto, permettendo un buon miglioramento dei sintomi legata allo stress traumatico, quelli legati al lutto traumatico, all'ansia, alla

depressione ed ai problemi comportamentali, oltre che migliorare la sintomatologia del PTSD dei genitori o delle figure che partecipano al trattamento, insieme al bambino.

Gli autori delineano anche le future possibilità di ricerca in relazione al CTG, secondo loro, sarebbe utile valutare, attraverso assegnazioni casuali, gruppi con diversi numeri di sessioni di trattamento focalizzato al lutto e l'impatto conseguente del somministrare diverse "dosi" di trattamento, a seguito della "somministrazione" dei componenti focalizzati al trauma.

Altri autori, Brown, Pearlman e Goodman (2004) hanno presentato un esempio clinico di CBT per il CTG di un bambino di 5 anni, orfano di padre, che era uno dei pompieri rimasti uccisi nell'attentato terroristico alle torri gemelle dell'11/09/2001. In particolare, hanno sottolineato la necessità di effettuare una buona valutazione iniziale e di considerare nel trattamento i fattori di sviluppo e quelli familiari.

A proposito degli attentati terroristici in USA, Chetomb, Conroy, Hochauser, Laraque et al. (2007), ritenendo che la perdita di un genitore sia uno degli eventi maggiormente stressanti che possa accadere nella vita di un bambino, stanno costruendo un registro (il primo e l'unico al momento) per identificare e caratterizzare la popolazione costituita da tutti i bambini che hanno subito la perdita di un genitore o di un familiare l'11 Settembre 2001. Fino ad ora, sono state identificate 1363 vittime - genitori di bambini piccoli e 2752 bambini al di sotto dei 18 anni, che hanno subito un lutto nell'attentato. Attraverso questo registro, si cercherà di avviare un assessment multidisciplinare di base della salute fisica e mentale della fascia pediatrica coinvolta, in vista delle vulnerabilità dei bambini nei periodi più critici del loro sviluppo.

Il commento dello psichiatra I. Mushtaq (12 Maggio 2007 su www.bmj.it) sul recente studio di de Groot, de Keijser, Neeleman, et al. (BMJ 2007: 334: 994) sembra rimarcare la scarsa efficacia della CBT sul lutto complicato; osservando criticamente che il rischio di definire una reazione ad un lutto come "anormale" o semplicemente traumatica dipenda solo dal fatto che la sintomatologia sia presente almeno per sei mesi. Gli autori della ricerca, che hanno impiegato la CBT per prevenire il lutto complicato tra parenti e mogli di persone che si sono suicidate, propongono delle linee guida "evidence-based" per la diagnosi ed il trattamento del lutto complicato.

Al momento attuale, questa ricerca appare essere unica nel sostenere la poca efficacia della psicoterapia cognitiva rispetto al lutto traumatico.

Sviluppi e ipotesi di ricerca

Shear e Frank indicano la necessità di sviluppare un trattamento specifico per il lutto traumatico; in particolare, suggeriscono come cornice teorica di riferimento la psicoterapia interpersonale per la depressione collegata al lutto. Tuttavia, al fine di migliorare il trattamento terapeutico in modo da considerare anche la presenza della sintomatologia del PTSD, le tecniche inter-personali sono state modificate con l'inclusione di tecniche specifiche per il trauma, basate sulla terapia cognitivo-comportamentale.

Le tecniche cognitivo-comportamentali includono la ripetizione della storia della morte ed il lavoro sui comportamenti di evitamento; le tecniche cognitive riguardano delle conversazioni immaginarie con il morto ed un lavoro sui ricordi.

Le tecniche della psicoterapia interpersonale accrescono la costruzione di nuovi legami affettivi, la ristrutturazione del funzionamento interpersonale e la fine del trattamento.

I loro risultati hanno mostrato una buona efficacia del nuovo modello terapeutico rispetto alla psicoterapia interpersonale; il 51% del campione ha risposto positivamente al trattamento per il CTG.

Cohen, Mannarino, Staron (2006) suggeriscono che ancora molto vada fatto in termini di ricerca sul CTG, sia per definire meglio il costrutto e sia rispetto agli strumenti di valutazione.

Secondo loro, sarebbe utile focalizzare l'attenzione sul numero di sessioni relative al loro protocollo di trattamento per vedere l'efficacia in relazione alla durata della psicoterapia.

Un'altra linea di ricerca potrebbe dedicarsi al confronto tra diverse tipologie di trattamento, ad esempio, la Trauma-focused therapy confrontata con la CBT-CTG, per avere ulteriori dati necessari a comprendere se la risoluzione della sintomatologia legata al trauma ed al PTSD possa essere sufficiente a determinare la riduzione del CTG.

Suggeriscono di condurre ricerche per confrontare la CBT-CTG ai trattamenti consueti che i bambini effettuano nei normali setting istituzionali, a seguito di morti traumatiche.

Melhem, Moritz, Walzer, Shear (2007) suggeriscono, invece, la necessità di esaminare il corso e la prognosi del CTG nei bambini e negli adolescenti; in effetti, sono ancora pochi li studi che hanno osservato una correlazione tra il CTG e la manifestazione di disturbi psicopatologici in età adulta.

Sicuramente, alcune difficoltà sono legate alla difficoltà di organizzare dei complessi studi longitudinali nel tempo.

Si potrebbero portare avanti degli studi che identifichino il "substrato clinico" dei bambini in lutto che potrebbero avere bisogno di uno specifico trattamento psicoterapeutico focalizzato al CTG per migliorare il loro funzionamento (comportamentale, emotivo, cognitivo).

Gli autori che hanno fatto le ricerche sulla Internet-based cognitive-behavioral psychotherapy indicano che i risultati di efficacia vadano replicati in futuro e che tale approccio vada sviluppato in relazione alla facile disponibilità ed accesso a basso costo per le persone che potrebbero aver bisogno di un trattamento per il lutto complicato.

Conclusioni

Questa tesi si è concentrata su un costrutto psicologico emergente: il Childhood traumatic grief ovvero il lutto traumatico infantile, una condizione che può manifestarsi in seguito alla morte di una persona amata da parte del bambino e che può essere vissuta oggettivamente e/o soggettivamente in modo

altamente traumatico, provocando una specifica sintomatologia analoga al PTSD, ai sintomi depressivi ma con delle specifiche caratteristiche, ormai evidenziate grazie a recenti contributi scientifici.

Appare piuttosto evidente la lacuna che la ricerca e gli studi psicologici hanno prodotto nel tempo rispetto ad un argomento importante quale il trauma infantile, in particolare quello legato al lutto di una significativa figura d'attaccamento; a parte il lavoro di J. Bowlby dedicato all'attaccamento, alla separazione ed alla perdita della madre.

Eppure, possiamo facilmente immaginare che un tale evento traumatico nel corso della crescita di un bambino potrebbe determinare, non solo, una manifestazione clinica di lutto traumatico ma, anche, potrebbe portare successivamente allo sviluppo di ulteriori problematiche psicologiche, in età adulta, se non risolto adeguatamente.

Si potrebbe ipotizzare che un evento traumatico tale potrebbe portare a diversi problemi rispetto al sistema dell'attaccamento in termini di disregolazione/disorganizzazione affettiva ma anche ipotizzare un danneggiamento nella funzione di mentalizzazione, come descritta da Bateman e Fonagy (2006).

Ad esempio, alcuni studi rispetto alle influenze psicosociali, in particolare a quelle genitoriali, nello sviluppo del Disturbo borderline di personalità dimostrano una percentuale dell'80% nelle storie di persone con DBP di eventi di perdita delle cure genitoriali a causa di divorzio, malattia o decesso di un genitore (Walsh, 1977). M. Zanarini et al. (1989) ritengono che separazioni precoci dalle figure genitoriali (da 1 a 3 mesi) siano un elemento caratterizzante del gruppo dei pazienti con disturbo borderline di personalità.

Tuttavia, gli studi sulle eventuali correlazioni tra il CTG e i disturbi psicopatologici in età adulta sono ancora scarsi.

Inoltre, sono molto recenti gli studi che valutano l'efficacia di nuovi protocolli di trattamento cognitivo-comportamentale specifici per il CTG e che necessitano di ulteriori prove e conferme.

Appare anche evidente che mentre gli Stati Uniti o molti paesi europei, quali l'Austria, il Belgio, l'Olanda, l'Inghilterra, la Francia, la Germania, la Svizzera, il Giappone, l'Argentina e il Messico sono associati ad importanti organizzazioni internazionali, come i gruppi di E. Kubler-Ross e tante altre associazioni ed enti no profit (www.dougy.org, www.wistonwish.org.uk, www.elisabethkublerross.com, www.inmournigband.org, www.missfoundation.org, www.barnardos.org.uk) l'Italia sembra poco interessata a questo argomento e sono ancora pochi i contributi, i centri e gli specialisti psichiatri e psicologi che si occupano specificamente del trattamento del lutto traumatico in età evolutiva.

Dalle ricerche anche in rete sembra che solo a Bologna sia presente un Servizio di aiuto psicologico alle persone in situazione di crisi, separazione e lutto presso il Dipartimento di Psicologia dell'Università di Bologna.

Bibliografia

- Arnd, J., Routledge, C., Goldenberg, J.L., Predicting proximal health responses to reminders of death: the influence of coping style and health optimism. *Psychology and Health*. 2006, October, volume 21, number 5, pp.593-614.
- Barsky, A., Wool, C., Barnett, M.C., Cleary, P.D., Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J Psychiatry*, 1994, 151 (3): 397-401.
- Boelen, P.A., van den Bout, J., de Keijser, J. Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry*. 2003, Jul; 160 (7):1339-41.
- Bowlby, J., (1969), *Attaccamento e perdita*, vol. 1: L'attaccamento alla madre. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1972.
- Bowlby, J., (1973), *Attaccamento e perdita*, vol. 2: La separazione dalla madre. Tr. It. Boringhieri, Torino, 1975.
- Bowlby, J., *Attaccamento e perdita*, vol. 3: La perdita della madre, Tr. It. Boringhieri, Torino, 1983.
- Bowlby, J., (1979), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Tr. It. Raffaello Cortina, Milano, 1982.
- Brown, E.J., Goodman, R.F., Childhood traumatic grief: an exploration of the construct in children bereaved on September 11. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005 June; 34 (2): 248-59.
- Brown, E.J., Pearlman, M.Y., Goodman, R.F. Facing fears and sadness: cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief. *Harv Rev Psychiatry*. 2004 Jul-Aug; 12 (4): 187-98.
- C. M. Chemtob, D. L. Conroy, C. J. Hochauser, D. Laraque et al. Children who lost a parent as a result of the Terrorist attacks of September 11, 2001 : Registry Construction and Population Description. *Death Studies*, Vol. 31 (1), Jan 2007, pp. 87-100.
- Caffo, E., Forresi, B. Lievers, L.S. Impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry*. 2005, Jul; 18: 422-8
- Cohen, J. A., Mannarino, A.P., Greenberg, T., Padlo, S., Shipley, C., Childhood traumatic grief: concepts and controversies. *Trauma Violence Abuse*, 2002, 3: 307-327.
- Cohen, J.A., Goodman, R.F., Brown, E.J. et al. Treatment of childhood traumatic grief: contributing to a newly emerging condition in the wake of community trauma. *Harv Rev Psychiatry*. 2004, Jul-Aug, 12:213-6.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. Treatment of childhood traumatic grief . *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004, Dec; 33: 819-831. (Non è posseduto da biblioteche italiane).
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Knudsen, K., Treating childhood traumatic grief: a pilot study, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 43 (10): 1225-33.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Staron, V.R., A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT- CTG), *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 45 (12): 1465-73.
- Cohen, J. A.; Mannarino, A. P., Deblinger, E., *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press (2006).
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Steer, R. A., A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2006, 45 (12): 1474-1484.

- Deblinger, E.; Thakkar-Kolar, Reena; Ryan, Erika. Trauma in Childhood. In: *Cognitive-behavioral therapies for Trauma*. Follette, V. M.; Ruzek, J. I. (2006). (2nd edition). pp. 405-432.
- Forstmeier, S., Maercker, A., Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *J Affect Disord*, 2007, 99 (1-3): 2003-2011.
- Geis, H.K., Whittlesey, S.W., McDonald, N.B., Smith, K.L., Pfefferbaum, B. Bereavement and loss in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998 Jan; 7 (1): 73-85.
- Goenjian, A., Najarian, L. M., Pynoos, R. S., Steinberg, A.M., Manoukian, G., Tavosian, Anahid, Fairbanks, L. A., Posttraumatic Stress Disorder in Elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry*, 1994, 151 (6): 895-901.
- Hansson, R. O., Stroebe, M. S. "The nature of grief" and "Coping with bereavement" and "The dual process model of coping with bereavement and development of an integrative risk factor framework" in: Hansson, R. O., Stroebe, M. S. 2007. *Bereavement in late life: coping, adaptation and developmental influences*. Washington, DC, US: APA.
- Hauck, S., Schestatsky, S., Terra, L., Krueh, L., Ceitlin, L. H. F., Parental bonding and emotional response to trauma: a study of rape victims. *Psychotherapy research*, 2007, 17 (1): 83-90.
- Hergueta, R.S., Flament, M., et al. Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry. *Encephale*, 2004, 30: 122-134.
- Ingram, Rick E., Price, J. M., *Vulnerability to psychopathology: risk across the lifespan*. (2001). New York: The Guilford Press.
- James, W., Friedman, R., *The Grief Recovery Handbook: the action program for moving beyond death, divorce and other losses*.
- Kaplow, J.B., Saxe, G.N., Putnam, F.W., Pynoos, R.S., Lieberman, A.F. The long term consequences of early childhood trauma: a case study and discussion. *Psychiatry*, 2006 Winter; 69 (4): 362-75.
- Kubany, E.S., Hill. E.E., Owens, J. A., et al., Cognitive Trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW), *J of Consulting and clinical psychology*, 2004, 72 (1): 3-18.
- Kubler-Ross, E., D. Kessler. *On grief and grieving. Finding the meaning of grief through the Five Stages of Loss*. Scribner. 2007
- Kubler-Ross, E., *On death and dying*. Scribner. 1997.
- Kubler-Ross, E., *Questions and answers on death and dying*.
- Kubler- Ross, E., *Working it through*.
- Langner, R., Maercker, A. Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a german sample. *J. Psychosom Res*, 2005, 58 (3): 235-242.
- Layne, C.M., Pynoos, R.S., Saltzman, W.R., et al., Trauma/grief focused group psychotherapy: school based post war intervention with traumatized bosnian adolescents. *Group dynamics*, 2001, 5: 277-290.
- A. F. Lieberman, N.C. Compton, P. Van Horn, C. Ghosh Ippen. *Il lutto infantile*. Il Mulino. 2007.
- March, J.S., Amaya-Jackson, L., Murray, M.C., Schulte A. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with posttraumatic stress disorder after a single- incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 June; 37 (6): 585-93.
- Mathews, L.L.; Servaty-Seib, H.L. Hardiness and grief in a sample bereaved college students. *Death Stud*. 2007 Mar; 31 (3): 183-204.

- Mayer, L., Kiss, E., Baji, I., Skulteti, D., Vetro, A. Quality analysis of life events and their relationship to depressive symptoms in a school age population. *Psychiatr Hung.* 2006; 21 (5): 360-70. (Article in Hungarian).
- Melhem, N. M., Moritz, G., Walker, M., Shear, K., Brent, D., Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007, 48 (4): 493
- Melhem, N.M., Day, N., Shear, M.K., Day, R., Reynolds, C.F. 3rd, Brent, D. Traumatic grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *Am J Psychiatry*. 2004, Aug; 161 (8): 1411-6.
- Moules, N. J.; Simonson, K; Fleischer, A. R. ; Prins, M. ; Glasgow, B. The soul of sorrow work : grief and therapeutic interventions with families. *Journal of family nursing*. Vol 13 (1), Feb 2007, pp. 117-141.
- Overholser, J.C. Cognitive-behavioral treatment of depression, part IX: Confronting Predisposing factors. *J. Of Contemporary Psychotherapy*. 1998, Vol. 28 (3): 289-305.
- P. Van Horn. Review of: Edited by David E. Balk "The river of grief: helping children cross to the other side". Brief interventions with bereaved children. Edited by B. Monroe and F. Kraus. Oxford. England: Oxford University Press, 2005. Published in: *Death Studies*. Vol. 30 (10), Dec 2006, pp. 971-975.
- Piper, W. E., Ogrondniczuk, J.S., Joyce, A. S., Weideman, R., Rosie, J. S. Group composition and group therapy for complicated grief. *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol 75 (1), Feb 2007, pp. 116-125.
- Prigerson, H.G., Jacobs, S.C., Caring for bereaved patients, all the doctors just suddenly go. *JAMA*, 2001, 286: 1369-1376.
- Prigerson; H.G., Shear, M.K., Jacobs, S. Consensus criteria for traumatic grief: a preliminary empirical test. *British journal of psychiatry*, 1999, 174: 67-73.
- Pynoos, R. Grief and trauma in children and adolescents. *Bereavement Care*, 1992, 11 (1), 2-10.
- Robinson, M.S., Alloy, L.B. Negative Cognitive Styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: a prospective study. *Cognitive Therapy and research*. 2003, June, volume 27, number 3: 275-291.
- Rotheram-Borus, M. J., Stein, J. A., Lin, Y., Impact of parent death and an intervention on the adjustment of adolescents whose parents have HIV/AIDS. *J of Consulting and clinical Psychology*, 2001, 69 (5): 763-773.
- Schafer, I., Barkmann, C., Riedesser, P., Schulte-Markwort, M. Posttraumatic syndrome in children and adolescents after road traffic accidents: a prospective cohort study. *Psychopathology*. 2006; 39 (4): 159-64.
- Schultz, L. E. The influence of maternal loss on young women's experience of identity development in emerging adulthood. *Death Stud*. 2007 Jan-Feb; 31 (1): 17-43.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M. Understanding minds: different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy research*. Vol 17 (1), Jan 2007, pp. 106-119.
- Shear, K., Frank, E., Houck P.R., Reynolds, C.F. 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2005, June 1; Vol 293 (21): 2601-2608.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E., Reynolds, C.F. 3rd, Vander Bilt, J., Masters, S. Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry*. 2001 Sep; 158 (9): 1506-8.

- Stallard, P. Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: a review of randomised controlled trials. *Clinical psychology review*. Special issue: Anxiety of childhood and adolescence: challenges and opportunities. Vol 26 (7), Nov. 2006, pp. 895-911
- Stubenbort, K., Donnelly, G.R., Cohen, J.A., Cognitive behavioral group therapy for bereaved adults and children following an air disaster. *Group dynamics*, 2001, 5:261-276.
- Terr, L.C., Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991, Jan; 148: 10-20.
- Tori DeAngelis. A new diagnosis for childhood trauma? *Monitor on Psychology*. 2007, Mar, Volume 38, number 3. www.apa.org/monitor/mar07/diagnosis.html
- Tori DeAngelis. What the new diagnosis would include. *Monitor on Psychology*. 2007, Mar, Volume 38, number 3. www.apa.org/monitor/mar07/include.html
- Vanderwerker, L.C., Jacobs, S.C., Parkers, C.M. et al. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis*. 2006, Feb, 194: 121-3.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C., Maercker, A. Internet- based Cognitive Behavioral Therapy for Complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud*. 2006, June, Volume 30, number 5, pp. 429-453.
- Walker, P., Shaffer, M.. Reducing depression among adolescents dealing with grief and loss: a program evaluation report. *Health and social work*, 2007 February, volume 32, number 1, pp.67-68.
- Wayment, H.A., Vierthaler, J. Attachment style and bereavement reactions. *J of Loss and Trauma*. 2002, 1 April, Volume 7 (2): 129-149.
- Worden, J. W., *Children and grief: when a parent dies*. New York: The Guilford Ford.
- Worden, J.W., *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the Mental Health Practitioner*. Springer Publishing Company. 3rd edition.
- Zambelli, G.C., De Rosa, A.P., Bereavement support groups for school age children: theory, intervention and case example. *Am J Orthopsychiatry*, 1992, 62: 484-493.
- Zebracki, K., Stancin, T. Cultural considerations in facilitating coping to a father's illness and bereavement in a Latino child. *Clinical case studies*. Feb 2007, Vol 6 (1), pp. 3 – 16.
- Childhood Traumatic grief educational materials from the National Child Traumatic Stress Network Childhood Traumatic Grief Task Force Educational Materials Subcommittee. www.NCTSNet.org.

Dott.ssa Elena Lo Presti

Dirig. Psicologo ASL/VT DSM CSM Distretto 1.

Specializzata SPC Grosseto, Training Gagnani, Lorenzini, Mancini

e-mail: lopresti.elena@gmail.com