



Scuola di Medicina Omeopatica di Verona

Vicolo Dietro Santi Apostoli, 2 - 37121 Verona tel 0458030926 - fax 0458026695 email info@omeopatia.org - www.omeopatia.org

Tesi

"APPROCCIO OMEOPATICO AL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS IN ETÀ EVOLUTIVA"

Dott. Cristian Locci

Relatore

Dr.ssa Raffaella Pomposelli

Anno Accademico 2009-2010

INDICE

1. INTROUZIONE	3
2. DEFINIZIONE	5
3. FATTORI DI RISCHIO E MEDIAZIONE	7
4. LA MEMORIA DI EVENTI TRAUMATICI	10
5. CENNI FISIOPATOLOGICI	13
6. IL MODELLO COGNITIVO	18
7. SINTOMATOLOGIA	19
8. STRUMENTI DIAGNOSTICI E DI VALUTAZIONE	24
9. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	25
10. INTERVENTI TERAPEUTICI NEL PTSD	26
11. SUGGERIMENTI PER LA PRATICA CLINICA	30
12. L'APPROCCIO OMEOPATICO	32

1. INTRODUZIONE

Il concetto di trauma psichico occupa una posizione centrale nella teoria clinica.

Quando si parla di trauma intendiamo un evento esterno violento, unico e tale da costituire in se un agente patogeno o piuttosto un insieme di microtraumi relazionali ripetuti e poco evidenti che si accumulano silenziosamente.

Il trauma come evento specifico spesso è solo la punta di un iceberg e quindi il trauma focale è il precipitato di eventi “minori”.

Attorno alla definizione di che cosa considerare traumatico si è sviluppato un dibattito storico tra chi accentua il ruolo giocato dagli eventi della realtà esterna e chi enfatizza quello svolto da uno specifico assetto intrapsichico.

Possiamo considerare il trauma da un punto di vista oggettivo o soggettivo: entrambi sono clinicamente importanti.

- sul versante dell'oggettività la valenza traumatica è intrinseca all'evento: esistono eventi specifici “insostenibili” per chiunque e dunque con un potenziale traumatico a priori.

- Sul versante soggettivo, invece, dipende da come il paziente ha vissuto i passati traumi.

“Maggiore è il sentimento della propria vulnerabilità di fronte a un pericolo estremo, maggiore sarà la portata traumatica dell'evento vissuto. Psicologicamente, la frontiera del trauma è l'emozione inelaborabile, il sentimento di disperata impotenza” [Allen J. 1995]

Per Terr L.(1994) il trauma è il risultato mentale di un evento sconvolgente che rende il soggetto temporaneamente impotente e interrompe le precedenti ordinarie operazioni di coping e di difesa. Le strategie di coping sono quelle strategie con cui l'individuo fa fronte alle situazioni problematiche e potenzialmente stressanti che consistono nel progettare, pianificare e mettere in atto una propria strategia di soluzione della difficoltà. [Sanavio 1997]

Negli studi dei bambini traumatizzati, Terr sottolinea la differenza tra:

- trauma acuto (Trauma I), risultato di un unico evento improvviso e inaspettato che provoca sintomi particolari quali ricordi dettagliati dell'evento, “presagi” e percezioni errate.

In questo tipo di trauma i pazienti tendenzialmente ricordano l'evento traumatico.

- trauma derivante da eventi ripetuti (Trauma II). I pazienti sviluppano più facilmente

gravi patologie post-traumatiche e personalità dissociate, soprattutto è tenuto nascosto e determina ricordi lacunari e confusi.

Krystal (1998) ha costruito la sua teoria del trauma attraverso la ricerca clinica condotta sui sopravvissuti dei lager. Egli distingue un tipo di trauma in cui la personalità è minacciata, ma non sopraffatta e una condizione in cui viene sopraffatto. Secondo Krystal il trauma è uno stato potenziale o reale di pericolo che richiama misure difensive di emergenza contro affetti soverchiati. Questo modello pone l'accento sul primato dei traumi soggettivi.

Gli agenti stressanti gravi e ad azione prolungata, inflitti intenzionalmente da persone, sono molto più insostenibili per la vittima di quanto non lo siano incidenti o disastri naturali. Se la violenza è inflitta nel contesto di una relazione corrente (abusi infantili, violenze domestiche) e soprattutto se la vittima ha un rapporto di dipendenza con l'abusato, la portata offensiva del trauma è ancora maggiore.

Il trauma non provoca, in assoluto, risposte prevedibili, queste dipendono piuttosto dal terreno in cui avviene, dall'intreccio di fattori temperamentali e protettivi. La tempestività dell'intervento può modificare la risoluzione del trauma.

In conclusione, si può definire *psicologicamente traumatica* un'esperienza "che supera le abilità di coping (che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante) e lascia la persona in preda alla paura della morte, di un danno fisico o della perdita del senso di realtà". L'individuo si sente sopraffatto emozionalmente, cognitivamente e fisicamente. [Saakvitne, 2000]. Le circostanze che accompagnano un evento traumatico includono solitamente abuso, intrappolamento, ansia, impotenza, sofferenza, confusione e/o perdita. Un evento è dunque "traumatico" quando minaccia la salute e il benessere di un individuo, quando lo rende impotente di fronte a un pericolo, quando viola gli assunti di base della sopravvivenza ed evidenzia l'impossibilità di controllare e prevedere gli eventi. [Eisen & Goodman, 1998].

In generale, vi è un rinnovato interesse per le conseguenze del trauma grazie anche all'attenzione rivolta alle dimensioni sociali e culturali delle esperienze traumatiche (abusi sessuali subiti dalle donne e dai bambini).

2. DEFINIZIONE: *Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) in età evolutiva*

Nel DSM-IV-TR si ritiene che eventi estremi ed esterni all'individuo, che minacciano l'integrità fisica del sé o di altri, costituiscano agenti eziologici per il PTSD. Questa definizione non è esaustiva per il problema poiché non include le vicissitudini quotidiane (per esempio, divorzio, fallimento, rifiuto, ecc.) e soprattutto non fa riferimento agli eventi ripetuti (es. maltrattamento in famiglia).

Qualunque sia la natura dell'evento traumatico, di fatto, non tutti gli individui esposti ad esso sviluppano il PTSD. La psicologia dello sviluppo parla infatti di vulnerabilità nei confronti di esperienze di vita stressanti.

Sia la natura dell'esperienza, sia il livello di sviluppo psicologico e biologico e quindi il processo di interpretazione e reazione di ciascun soggetto, hanno una grande importanza nel determinare la possibilità di insorgenza del PTSD.

L'esperienza traumatica viene elaborata cognitivamente ed emotivamente (vedi sotto) e le differenze individuali in questo processo di valutazione stanno alla base delle differenti soglie per il trauma.

Si può fare diagnosi di disturbo post-traumatico da stress in base ai seguenti criteri sintomatologici:

- a) Sensazioni di rivivere l'evento traumatico; attraverso immagini, incubi, e angoscia per eventi che ricordano o simbolizzano il trauma;
- b) Evitamento degli stimoli associati al trauma e appiattimento emotivo (espresso ad es. dalla diminuzione degli interessi o dalla sensazione di avere prospettive future ridotte);
- c) Aumento dell'*arousal* o *stato di allerta*, cioè del grado di eccitazione fisiologica, di responsività e di prontezza per l'azione, rispetto al livello di base, (con aumento dei disturbi del sonno, irritabilità, scarsa capacità di concentrazione, reazione di allarme)

Una simile espressione sintomatologica può comparire subito dopo l'evento oppure a distanza di tempo e deve durare almeno un mese. La diagnosi richiede la presenza di almeno un sintomo riconducibile al sentimento di rivivere l'evento traumatico, di almeno

tre modalità di evitamento ed attenuazione della reattività generale, e di almeno due sintomi di aumento dell'arousal.

E' necessario specificare se il PTSD è "acuto" (se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi), "cronico" (se la durata dei sintomi è 3 mesi o più), oppure "ad esordio ritardato" (se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante). Nel definire un evento stressante come acuto o cronico si deve, inoltre, tener conto della risposta soggettiva, oltre che della durata oggettiva dell'episodio traumatico.

Inoltre, nel DSM-IV-TR vengono presi in considerazione, non solo eventi che colpiscono direttamente il soggetto, ma anche l'aver assistito o venire a conoscenza di un fatto vissuto come traumatizzante.

Dunque, perché si abbia una diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress deve essersi verificata un'esperienza individuale che implichi una minaccia alla vita o all'integrità fisica (propria o altrui), e cui il soggetto risponda con una paura intensa, impotenza e orrore. In seguito al trauma, il bambino esperisce una grande quantità d'ansia, anche successivamente, ogni qual volta che uno stimolo gli ricorda il trauma che l'ha colpito. In genere, quando l'angoscia minaccia di sopraffare l'individuo e di danneggiare il suo funzionamento psichico, i meccanismi di difesa permettono di ridurre l'informazione legata al trauma e quindi l'ansia ad essa associata.

Questi meccanismi comprendono reazioni soggettive come sentimenti, pensieri o comportamenti tendenzialmente involontari, che sorgono in risposta a percezioni di pericolo per il soggetto e sono finalizzati, in modo più o meno adattivo, a nascondere o alleviare i conflitti o gli agenti stressanti che danno origine ad ansietà o angoscia. [Lingiardi & Madeddu, 2002]. Questo controllo difensivo può essere esercitato sia attraverso la negazione, la repressione o la rimozione di memorie riguardanti il trauma che tramite l'inibizione delle percezioni associate all'evento traumatico. (stati mentali dissociativi). Con il termine *dissociazione* intendiamo la difesa che permette all'individuo di mantenere un controllo psicologico mentre prova una sensazione di impotenza e di perdita di controllo sul proprio corpo. Ciò avviene con la caduta di tutte quelle funzioni (coscienza, memoria, percezione di sé e dell'ambiente, comportamento sensomotorio) che agiscono generalmente in modo integrato all'interno dell'individuo.

Nel DSM-IV-TR la dissociazione è vista come una strategia d'evitamento e non come l'espressione diversa dell'adattamento al trauma. La dissociazione non è un elemento accessorio dell'evitamento, quanto piuttosto una delle operazioni psichiche centrali del PTSD; alcuni

autori infatti considerano il PTSD come un Disturbo Dissociativo invece che Disturbo d'Ansia. Da notare che 90% dei disturbi dissociativi (amnesia psicogena, fuga psicogena, disturbo da depersonalizzazione, disturbo dissociativo di identità, ecc.) presentano un trauma psichico precedente (Appendice 1).

3. FATTORI DI RISCHIO E DI MEDIAZIONE

(fattori determinanti la gravità delle risposte post traumatiche).

Dopo l'esposizione ad un evento minaccioso, i bambini possono mostrare marcate differenze individuali nella natura e nella gravità delle risposte post traumatiche. Gli studi in questo ambito evidenziano infatti che l'espressione dei sintomi del PTSD sembra condizionata da una molteplicità di variabili moderatrici che comprende l'età e il genere del bambino, la personalità, l'eventuale psicopatologia preesistente, il riconoscimento cognitivo dell'esperienza traumatica, la psicopatologia dei genitori, la qualità delle relazioni di coppia, la relazione genitore-bambino, la coesione familiare ed il supporto ricevuto dopo il trauma, il grado di esposizione agli eventi traumatici, le perdite in relazione al trauma, l'intimità con l'aggressore nel caso di abuso o di violenza.

Lo *stadio evolutivo* in cui si trova il bambino è un fattore in grado di mediare l'impatto del trauma. Sembra che i bambini in età scolare siano più vulnerabili, rispetto a quelli più piccoli. Per contro, i bambini di età prescolare risulterebbero, invece, protetti dal rischio di sviluppare il disturbo. Data la loro età, questi bambini mostrano uno sviluppo cognitivo immaturo che li rende non pienamente capaci di riconoscere i segnali di pericolo, di leggere negli eventi un significato astratto, di fare previsioni e attribuzioni di significato. Tuttavia esistono numerosi dati che attestano la presenza della patologia anche nei bambini molto piccoli [Di Blasio, 2000].

A seconda del loro livello di sviluppo psicologico e biologico, i bambini sperimentano gli stessi eventi in maniera diversa. Le varie esperienze avranno differenti significati a seconda della loro natura e del momento in cui si sono verificate.

È evidente, quindi, che sia la natura dell'esperienza, sia il processo di interpretazione e di reazione della persona, hanno una grande importanza nel determinare la possibilità di insorgenza del PTSD.

Prima che possa essere valutata come una grave minaccia, l'esperienza traumatica viene elaborata cognitivamente ed emotivamente e le differenze individuali in questo processo di valutazione stanno alla base delle differenti soglie per il trauma. Dunque, il livello di *sviluppo cognitivo* raggiunto dai bambini influenza la risposta emotiva al trauma. I bambini di età prescolare attestano un minor grado di stress psicologico rispetto a bambini più grandi. Nonostante questo, un'ampia percentuale dei bambini tra i 2 e i 5 anni manifestavano il PTSD. Ciò sembra dipendere dal tipo di *ambiente familiare*: i bambini a rischio di PTSD sembrano più facilmente individuabili attraverso l'indagine delle caratteristiche genitoriali che attraverso qualunque altra variabile intrinseca all'evento traumatico. I genitori meno ansiosi, in grado di gestire la situazione fornendo appoggio ai propri figli, costituiscono il maggior fattore di protezione [Di Blasio, 2000]. Come sostiene Greenwald (1999), se la reazione dei genitori al trauma del figlio è di evitamento o negazione, il bambino si sentirà rifiutato e svilito. Quando i genitori scoraggiano il bambino che vorrebbe parlare dell'evento, evidentemente lo fanno per evitare che soffra, ma rischiano di ostacolare la risoluzione del problema in quanto gli comunicano che l'evento è troppo spaventoso perché se ne parli. Ciò impedisce la necessaria rielaborazione dell'esperienza. Dopo un trauma, molti genitori sono così sopraffatti dalle loro reazioni che trovano difficile prestare attenzione alle necessità del figlio, e quando ciò si accompagna al comportamento sempre più difficile del bambino traumatizzato, facilmente si sviluppa e si consolida un circolo vizioso di reazioni negative. Nella percezione dei professionisti impegnati in tale materia si va ormai radicando l'idea che la violenza non sia frutto di errori educativi, inadempienze, difficoltà momentanee dei genitori, ma di vere e proprie modalità relazionali deformate, patologiche e distruttive, che meritano aiuto e cure adeguate. I genitori, spesso, sono a loro volta portatori di disagi personali iscritti nella storia infantile, che impediscono loro di reagire alle frustrazioni e alle difficoltà mediando nel rapporto con gli altri adulti e con il partner e di cogliere i bisogni dei figli.

Le figure genitoriali hanno una forte influenza sulle risposte post traumatiche dei bambini molto piccoli. Già Anna Freud (1965) aveva messo in evidenza nell'ambito della *relazione madre-figlio*, il potente ruolo di mediazione che la figura materna ha nell'espressione del disagio del figlio: i segnali che l'adulto invia possono influire sui meccanismi di valutazione andando ad agire sulle attribuzioni di significato, sugli stati emozionali, sui meccanismi di

coping e sulle riserve mnemoniche del bambino; infatti bambini con attaccamento insicuro, se sottoposti ad un trauma, ne sviluppano più frequentemente i tipici sintomi.

La qualità del *contesto sociale*, svolge, quindi, una funzione significativa sia nel prevenire lo sviluppo della sintomatologia posttraumatica, sia nel ridurre la consistenza in quanto la possibilità di “condivisione sociale” delle esperienze negative assume una importante rilevanza. L'individuo che ha subito un trauma, non potendo più connettersi alla matrice sociale, si aliena e sperimenta un forte senso di isolamento.

Altri fattori di rischio per il PTSD che sono stati studiati nel panorama internazionale riguardano variabili legate all'evento traumatico. Tanto più il bambino si trova vicino al luogo in cui è avvenuto il trauma ed tanto più è stato esposto alla minaccia di vita, maggiori sono il numero e l'entità dei sintomi. Inoltre, una situazione di traumatizzazione continuativa estende l'esposizione al trauma e, di conseguenza, la probabilità di manifestazioni cliniche.

Occorre tenere presente tuttavia, che il fattore soggettivo di valutazione dell'esperienza risulta essere ancora più importante nel determinare il futuro adattamento: *tanto più un bambino si sente minacciato durante un evento traumatico, tanto più alto è il rischio di sviluppare il PTSD*. La valutazione soggettiva della minaccia è importante quanto il rischio oggettivo.

È noto poi in letteratura come il *genere femminile* sia maggiormente vulnerabile al PTSD. Questa differenza tra maschi e femmine dipenderebbe dalle strategie utilizzate per far fronte all'evento traumatico (metodi di coping): i ragazzi utilizzano di preferenza strategie attive di *problem solving*, mentre le ragazze metodi poco funzionali come la *ruminazione* (pensare costantemente agli eventi, ricordare dettagli in maniera involontaria). In particolare, le esperienze di violenza proprio perché intrinsecamente intessute di sentimenti di rabbia e di vergogna che la vittima non riesce o non è autorizzata socialmente ad esprimere, rischiano di bloccare la vita emotiva e di perdurare a lungo nel tempo sotto forma di ruminazione mentale.

Un altro fattore di mediazione è rappresentato dalle *caratteristiche di personalità*: gli individui che sono maggiormente predisposti all'evitamento, al contrario delle persone che attivamente affrontano ed integrano le esperienze, possono incrementare la propria vulnerabilità. Questa predisposizione può abbassare la soglia per cui un evento sconvolgente costituisce un trauma anziché un'esperienza efficacemente elaborata.

Come abbiamo già ampiamente discusso, i bambini che manifestano le caratteristiche del disturbo post-traumatico da stress sono particolarmente sensibili a quell'insieme di fattori interni o esterni che assomigliano o simbolizzano specificatamente gli eventi negativi di cui hanno avuto esperienza. Essi appaiono, così, particolarmente reattivi ai segnali dell'ambiente in cui vivono. Sono molte, nella vita del bambino, le condizioni e i momenti della giornata che possono evocare ricordi e sensazioni di natura traumatica. Spesso gli adulti non sono in grado di anticipare o prevedere quali sollecitazioni possano riattivare la sofferenza. Prima dell'addormentamento, il bambino rivive frequentemente e acutamente sentimenti di paura o di angoscia, oppure attraverso il disegno o il gioco ripropone contenuti e modalità direttamente o indirettamente attinenti quelle esperienze dolorose che nell'attività ludica si manifestano esplicitamente in forma di contatti sessuali tra bambole o di rappresentazioni in cui madri, padri, adulti, mostri cattivi o fantasmi picchiano, aggrediscono minacciano e terrorizzano.

Gli *stimoli specifici "trigger"* in grado di attivare sensazioni di disagio differiscono da bambino a bambino, a seconda dell'esperienza: fugaci visioni di passaggi pubblicitari in cui vengono esibite parti del corpo, liquidi che vengono versati, interventi medici che richiedono prelievi o punture, conflitti fra coetanei, rimproveri o richiami da parte dell'educatore. I sentimenti di angoscia e la paura dell'abbandono possono essere stimolati dall'assenza temporanea dell'adulto, o dal timore di addormentarsi. Possono riemergere ricordi intrusivi attraverso improvvisi flashback, oppure sollecitati da sogni angoscianti o che riproducono gli eventi traumatici [Di Blasio, 2000].

4. LA MEMORIA DI EVENTI TRAUMATICI

Le situazioni traumatiche nelle quali un bambino può trovarsi sono certamente diversificate; ognuna di esse contiene aspetti significativi e dovrebbe essere studiata in rapporto ai meccanismi della memoria.

Il bambino elabora le informazioni attraverso la memoria sensoriale, che è in grado di memorizzare informazioni sensoriali (uditive, visive, tattili, olfattive, gustative) per la durata di pochi secondi, la memoria a breve termine, (che può conservare le informazioni fino a pochi minuti) e quella a lungo termine (che può conservarle per giorni o tutta la vita). La profondità di elaborazione a cui sarà sottoposta l'esperienza, determinerà l'organizzazione

e la strutturazione del materiale acquisito. Inoltre, può passare molto tempo prima che il bambino voglia raccontare o gli venga chiesto di testimoniare e, in questo intervallo, lo stato dell'informazione immagazzinata può subire notevoli cambiamenti e il ricordo stesso può essere ancora più minimizzato o arricchito/codificato con particolari non veri. Le capacità di codifica e di conservazione delle esperienze sono presenti precocemente e già dopo i 3 anni il bambino può fornire una sorprendente quantità di informazioni accurate. I processi di recupero, invece, si sviluppano dopo i 5 anni, perché richiedono strategie intenzionali ed elaborazioni di tipo metacognitivo.

Con il termine "*metacognizione*" si indica un costrutto teorico molto utilizzato in ambito psicologico ed educativo: indica un tipo di autoriflessività sul fenomeno cognitivo attuabile grazie alla possibilità - molto probabilmente peculiare della specie umana - di distanziarsi, auto-osservare e riflettere sui propri stati mentali. L'attività metacognitiva ci permette, tra l'altro, di controllare i nostri pensieri, e quindi anche di conoscere e dirigere i nostri processi di apprendimento.

A questo punto è opportuno comprendere quale sia il complesso rapporto che lega l'evento stressante al processo mnestico.

Steward M. S. (1993) presenta tre modelli di funzionamento della memoria che possono spiegare il rapporto tra evento stressante e memoria. L'autrice prende come esempio di evento stressante la procedura medica; essa può creare un diverso grado di stress a seconda dell'intreccio di tre particolari fattori: dolorosità, invasività e comprensibilità/incongruenza. Nel primo modello, quanto più l'esperienza è stressante tanto più il bambino è in grado di ricordarla, quindi quanto più dolore, invasività e incongruenza la procedura medica comporta, tanto più elevato è l'arousal e migliore è il ricordo. Nel secondo modello, se un'esperienza è neutra o eccessivamente stressante sarà ricordata meno compiutamente di un'esperienza mediamente stressante. Questi due primi modelli prescindono dal significato che l'individuo attribuisce all'evento, facendo discendere la reazione unicamente dal grado di stress sperimentato.

Il terzo ed ultimo modello prende in considerazione, invece, il modo in cui l'individuo interpreta l'esperienza. Si tratta quindi di un modello che sovrappone i due precedenti. Già Anna Freud nel 1965 aveva osservato che non è tanto il grado di stress o della malattia ad avere importanza nel determinare il grado stressante dell'esperienza ma il significato che il bambino assegna alla malattia.

In tal modo, se il

bambino è in grado di compiere una valutazione dell'evento, la memoria segue il primo modello (in quanto è capace di elaborare e riconoscere situazioni altamente stressanti), se invece non è sufficientemente sviluppata, la memoria segue il secondo modello (in quanto non sarebbe in grado di riconoscere e attribuire significato ad eventi che escono dalla sua capacità di comprensione).

In questo ultimo caso si assiste ad un vero e proprio scompaginamento della memoria autobiografica (caso particolare di memoria episodica, che riguarda episodi specifici di un contesto particolare realmente avvenuti): le esperienze traumatiche vanno a colpire il sistema del Sé in modo tale che esso non riesce più a funzionare come organizzatore dell'esperienza.

Come mostrano gli studi di Barclay (1996), i ricordi autobiografici costituiscono uno dei mezzi più importanti per attribuire significati e spiegazioni alla propria esistenza. Da questo punto di vista i ricordi autobiografici rappresentano un'attività generativa che dà forma a Sé emergenti, Sé che sono alla base del senso di personale coerenza nel tempo che ognuno di noi possiede. La perdita o la mancanza di questa capacità generativa attraverso la ricostruzione funzionale dei ricordi autobiografici, si risolve nell'esperienza soggettiva di alienazione dagli altri e dalla società e in un senso di frammentazione del Sé. In queste circostanze diventa sempre più difficile agganciarsi al passato, dare significato alle esperienze presenti e immaginare un possibile futuro. L'impossibilità di narrare le esperienze traumatiche vissute, impedisce la loro rielaborazione. La narrazione, infatti, ci permette di attribuire un significato alla realtà, di elaborare, strutturare, ricordare e interpretare l'esperienza [Bruner, 1988, 1992]. Raccontare un episodio che esula dalla normalità significa dare senso all'inaspettato e costruire una "teoria causale degli eventi" [Labov, 1997].

La narrazione autobiografica, venendo a costituirsi come un atto di riflessione, a posteriori, sulle proprie motivazioni ed emozioni, diventa quindi di fondamentale importanza per la rappresentazione del Sé. Le esperienze autobiografiche che non possono essere ricostruite e condivise attraverso il linguaggio parlato o scritto, fanno emergere sentimenti di stress esistenziale che spesso si concretizzano in sintomi.

5. CENNI FISIOPATOLOGICI

Una delle principali caratteristiche del Disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è che i ricordi di esperienze traumatiche rimangono indelebili per molti anni e sono facilmente rievocati da vari tipi di stimoli e agenti stressanti". Nei pazienti con PTSD semplici stimoli sensoriali come specifici odori, suoni o immagini, correlati con l'evento traumatico, determinano una recrudescenza dei ricordi traumatici e flashback. Le regioni cerebrali che mediano questi processi includono *l'amigdala, il locus coeruleus, l'ippocampo e la corteccia sensoriale*. La patofisiologia del DPTS coinvolge disfunzioni di tali strutture cerebrali, come anche dei *sistemi noradrenergico, dopaminergico, degli oppiacei e dei fattori di rilascio delle corticotropine*. La maggior parte degli studi attribuisce all'amigdala un'importanza particolare nei processi di condizionamento ed estinzione delle associazioni tra stimoli cognitivi e sensoriali e trauma originario e nella conseguente attivazione di ricordi traumatici. I recettori N-metil-D-aspartato (NMDA) presenti sull'amigdala sono coinvolti in questi processi poiché gli antagonisti NMDA infusi nell'amigdala o lesioni degli NMDA impediscono lo sviluppo di risposte di paura condizionata e dell'estinzione dell'allarme potenziato dalla paura.

Diversi traumi psicologici si traducono nella parallela attivazione di questi sistemi, producendo un insieme di risposte fisiologiche e comportamentali adattative necessarie per la sopravvivenza. Nel PTSD, tuttavia, queste risposte acute sembrano evolvere in sequele neurobiologiche maladattive. Tali modificazioni possono essere correlate alla cronicità dei sintomi del disturbo e alla scarsa risposta al trattamento iniziato molto tempo dopo il trauma originario.

Studi preclinici relativi agli effetti dello stress sui processi di apprendimento e memoria suggeriscono che il condizionamento alla paura, la sensitizzazione comportamentale e il deficit di estinzione possono avere un ruolo importante nella persistenza e nella ri-esperienza degli eventi traumatici e nella sensitività verso l'agente stressante" (tabella I).

Tabella 1. Meccanismi neurali correlati ai sintomi primari del Disturbo post-traumatico da stress.

Meccanismo	Descrizione	Sistemi neurochimici	Regioni cerebrali	Rilevanza clinica
Condizionamento alla paura	Animali esposti a stimoli emotivamente neutri (stimoli condizionati - SC) in associazione con uno stimolo aversivo (stimolo incondizionato - SI) successivamente mostreranno una risposta di paura condizionata (RC) allo SC in assenza dello SI.	Recettori NMDA*, noradrenergici, oppiacei.	Amigdala, locus coeruleus, talamo, ippocampo.	Il condizionamento alla paura può spiegare le comuni osservazioni cliniche in pazienti con DPTS che stimoli sensoriali e cognitivi associati con il trauma originario, elicitano sintomi inclusi ansia, flashback e iperarousal; questo si traduce nella frequente ripesperienza dell'evento traumatico, nel persistente evitamento di tali stimoli e nell'appiattimento compensatorio della reattività generale.
Estinzione	Si verifica una riduzione della RC quando lo SC è presentato ripetutamente in assenza dello SI; questo può derivare dall'apprendimento di una nuova memoria inibitoria che si oppone alla memoria originaria.	Recettori NMDA.	Corteccia sensoriale, amigdala.	Un difetto di estinzione nel DPTS può essere correlato alla persistenza della rievocazione di ricordi traumatici.
Sensitizzazione	Aumento nella gravità della risposta dopo ripetute somministrazioni di uno stimolo o dopo presentazione di uno stimolo diverso e molto intenso.	Recettori dopaminergici, noradrenergici, NMDA.	Nucleo accumbens, striato, ipotalamo, amigdala.	La sensitizzazione può spiegare l'aumentata responsività dei pazienti con DSPT allo stress sia correlato che non correlato al trauma originario; una disfunzione dopaminergica e noradrenergica può essere responsabile della persistenza dei sintomi di iperarousal e di potenziata risposta alla cocaina; alcol, oppiacei, e benzodiazepine possono essere utilizzati per attenuare i sintomi associati con la paura condizionata e la sensitizzazione.

NMDA = N-methyl-D-aspartato.

Nei pazienti con PTSD stimoli cognitivi e sensoriali specifici associati con il trauma originario come odori, suoni o immagini, possono stimolare ricordi vividi dell'evento traumatico, iperarousal e flashback. I pazienti mettono in atto una generalizzazione della risposta emozionale e psicofisiologica ad un'ampia gamma di fattori situazionali che sembrano predire il riverificarsi del trauma. Come conseguenza cominciano ad evitare questi stimoli nella vita di tutti i giorni oppure a mostrare un appiattimento compensatorio della reattività generale. In questi soggetti si sviluppa il fenomeno del *condizionamento alla paura* che trasforma stimoli neutri in segnali di allarme per situazioni potenzialmente pericolose, in quanto legate al ricordo di esperienze precedenti vissute in situazioni simili. Gli studi hanno dimostrato che la paura condizionata a stimoli visivi ed uditivi è mediata

da meccanismi sottocorticali che coinvolgono vie sensoriali che proiettano al talamo e all'amigdala – la cosiddetta “via breve” della paura che non richiede un’elaborazione cognitiva dello stimolo sensoriale. (fig. 1).

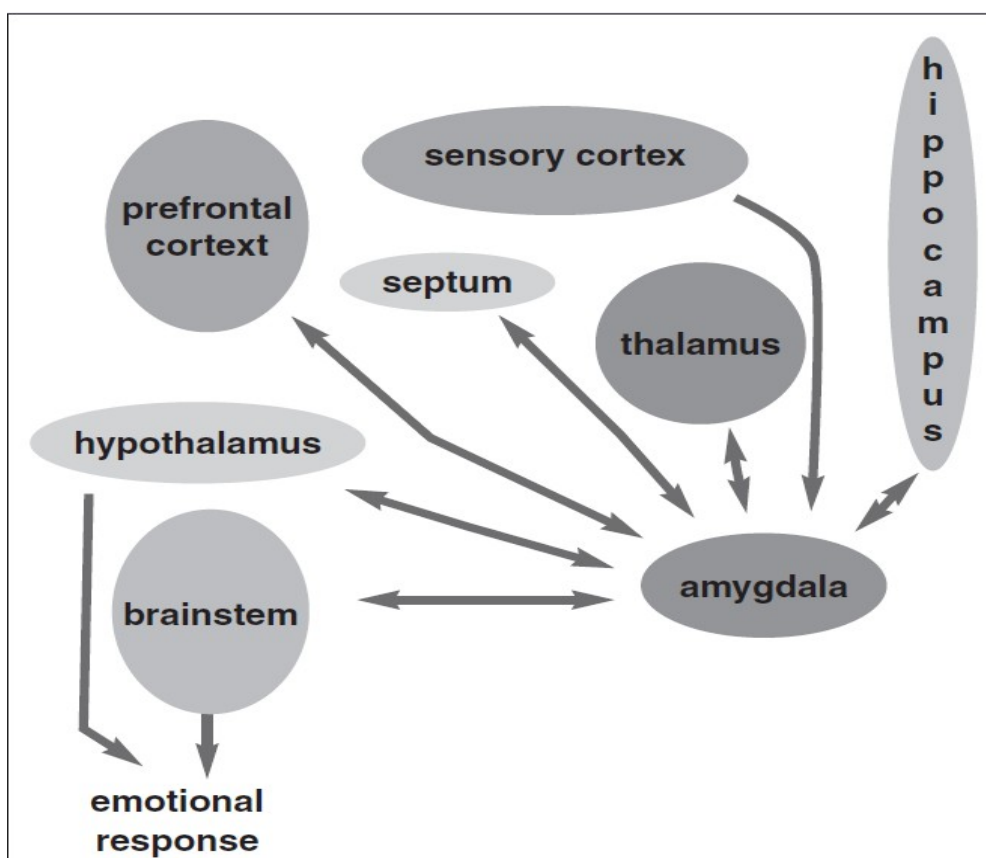


Figura 1: L'amigdala

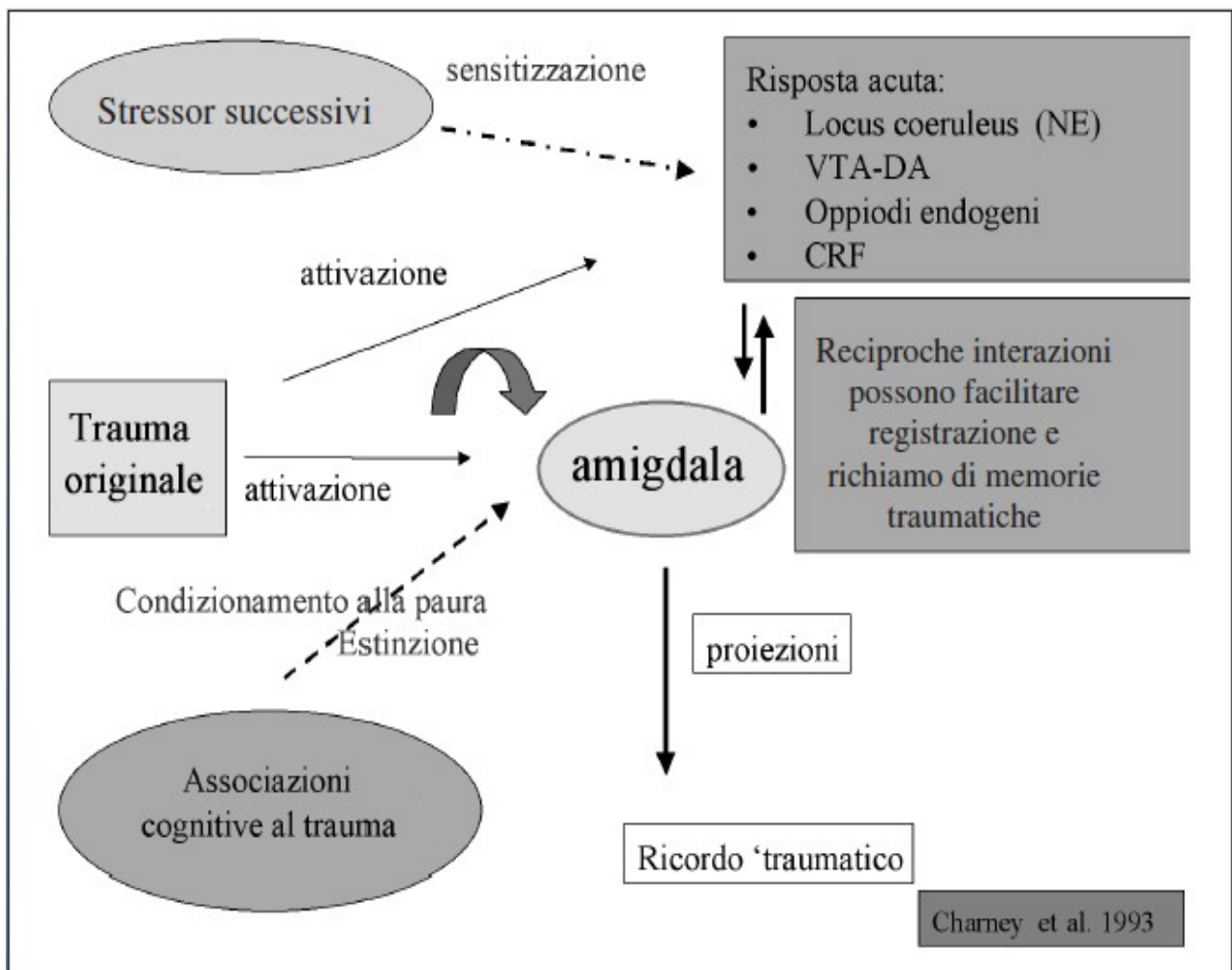


Figura 2: Un modello neurale per i ricordi traumatici e i comportamenti correlati.

È stato suggerito che i ricordi emotivi stabiliti attraverso la via talamoamigdaloidea, ricordi che formano la memoria implicita (a cui non possiamo accedere consapevolmente), possono essere relativamente indelebili.

L'incancellabilità della paura appresa può essere un'arma a doppio taglio. In generale è utile che il cervello conservi le registrazioni degli stimoli e delle situazioni

associate in passato con un pericolo, ma questi potenti ricordi, formati in circostanze tipicamente traumatiche, possono farsi strada nella vita quotidiana ed interferire con situazioni in cui non sono utili, come intrusioni che possono alterare l'equilibrio psicologico (fig. 2).

Il nucleo centrale dell'amigdala gioca un ruolo "critico" nella risposta di allarme potenziata dalla paura, in quanto proietta direttamente ad uno dei nuclei del tronco encefalico implicato nel controllo della frequenza cardiaca e di altre risposte del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) necessarie per la risposta di allarme, e lesioni di questa via inibiscono la capacità di stimoli di paura condizionati o incondizionati di potenziare le risposte di allarme.

I sistemi neurochimici coinvolti nella regolazione della risposta di allarme potenziata dalla paura includono i sistemi noradrenergico, dopaminergico, degli oppiacei, e di rilascio delle corticotropine. In modelli animali gli antagonisti dell'N-metil-D-aspartato (NMDA) (recettore glutammatergico) infusi nell'amigdala prevengono l'acquisizione della risposta di allarme potenziata dalla paura. Questi dati suggeriscono che un processo mediato dal recettore NMDA a livello dell'amigdala può essere fondamentale per lo sviluppo del condizionamento alla paura [Rossi, 2006].

Altri paradigmi comportamentali indicano che oltre alla disfunzione glutammatergica ci può essere una disregolazione del sistema noradrenergico nel DPTS. Stimoli neutri associati con il trauma producono un aumento nel metabolismo della norepinefrina cerebrale e deficit comportamentali simili a quelli prodotti dal trauma. È stato rilevato da Carrion (2007), che alti livelli di stress danneggiano sia la psiche che il fisico soprattutto nei bambini, provocando delle 'cicatrici' nel cervello.

La parte colpita sarebbe l'ippocampo, coinvolto nella memoria esplicita (dichiarativa, cosciente) e nelle emozioni; ciò renderebbe i piccoli meno capaci di gestire ansia e difficoltà. Infatti, le elevate concentrazioni ematiche di cortisolo per effetto dell'ansia, danneggiano l'ippocampo ed innescano un circolo vizioso con conseguente aumento dell'ansia

6. IL MODELLO COGNITIVO

Un possibile modello cognitivo del disturbo post-traumatico da stress sottolinea come molti sintomi possano essere interpretati come secondari al sovraccarico di informazioni e all'impossibilità di gestirle in modo soddisfacente. Nel determinare il Disturbo Post-Traumatico da Stress risultano fondamentali le capacità di valutazione cognitiva del soggetto nei confronti dell'evento traumatico ed in modo particolare all'eccesso di informazioni, sia oggettive che soggettive, a cui segue una parziale ed inadeguata elaborazione. L'inadeguata elaborazione di queste situazioni prevale nel giovane, per immaturità cognitiva, e nell'anziano, per rigidità cognitiva (fig. 4).

Un grande evento traumatico induce un sovraccarico di stimoli (oggettivi e soggettivi) del sistema personale di processazione dell'informazione. Il sistema entra in una condizione per cui non riesce a "digerire" questa massa di informazioni, nuove ed emotivamente molto coinvolgenti, e ricorre ad alcuni meccanismi di difesa di tipo dissociativo, quali la *depersonalizzazione* e la *derealizzazione*. Questi ultimi molto simili fra loro; la differenza dipende dall'oggetto di dissociazione: mentre la derealizzazione è una sensazione soggettiva di dissociazione per quanto riguarda il senso della realtà, la depersonalizzazione implica una sensazione soggettiva di dissociazione del senso di Sé. In un tempo successivo il soggetto non riesce a trasformare l'esperienza traumatica vissuta in un ricordo inserito normalmente in memoria e quindi nel senso dell'esperienza individuale. Dalla inadeguata elaborazione deriva il blocco del sistema di processazione delle informazioni che si esplica clinicamente. I pensieri intrusivi non sarebbero altro che il tentativo di riprocessare continuamente l'evento traumatico. Secondo alcune recenti teorie, il sogno è visto come un tentativo di risolvere questi problemi e ciò consentirebbe di spiegare anche la presenza degli incubi notturni ricorrenti. Dal momento che questa processazione dell'esperienza non riesce, il soggetto tende ad evitare tutto ciò che può essere connesso in qualche modo al ricordo e quindi al dolore non sopportabile connesso con l'evento. Da tali aspetti cognitivi derivano gli aspetti emotivi dell'iperarousal neurovegetativo, l'ansia acuta (il panico) ed i sintomi psicotici sia positivi che negativi. In tempi più o meno lunghi dal trauma, si arriva ad una modificazione persistente della personalità, con compromissione del funzionamento interpersonale, sociale e lavorativo. Inoltre, tali modificazioni conducono al disadattamento, alla frustrazione e all'aggressività [Ehlers A, 2000].

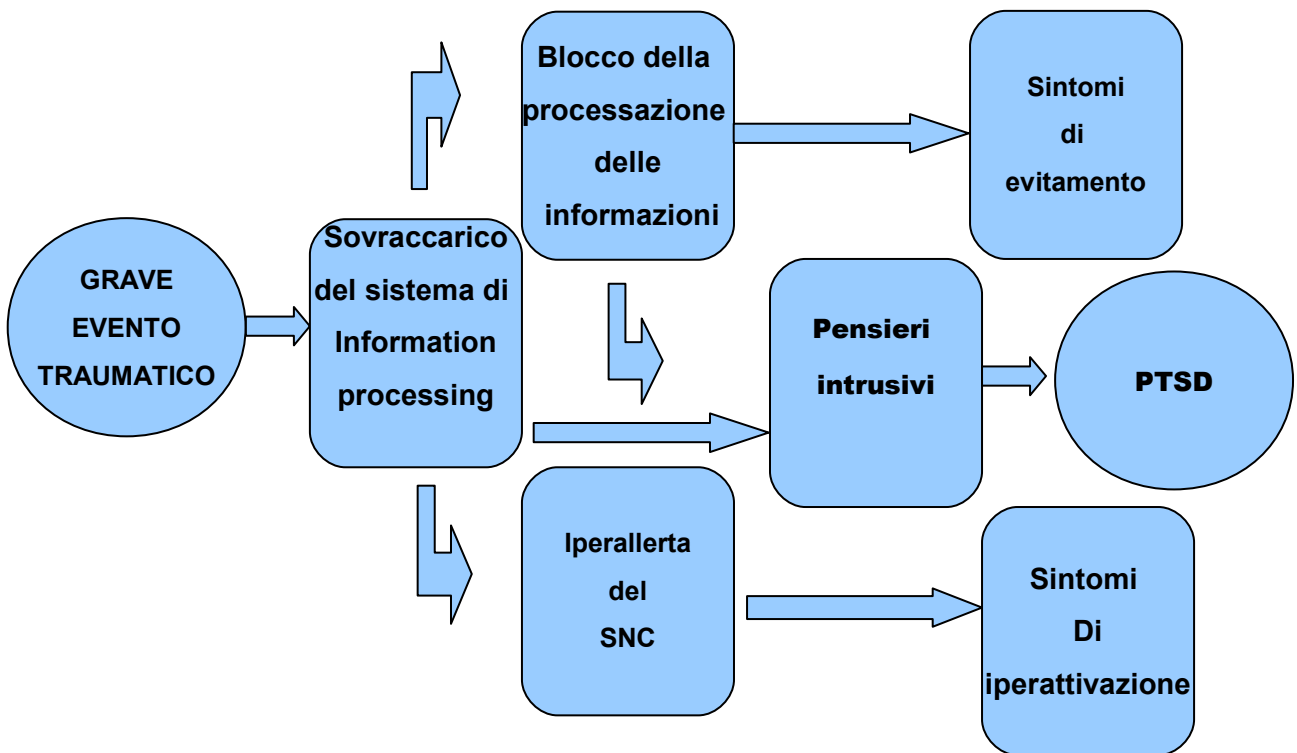


Figura 4. Modello cognitivo di patogenesi del PTSD

7. SINTOMATOLOGIA

TABELLA II – specificità dei sintomi (in ordine di importanza)

INCUBI NOTTURNI
 FLASHBACK
 TENERSI LONTANO DAGLI ALTRI
 RIDUZIONE DELL'INTERESSE PER LE PROPRIE ATTIVITA'
 EVITAMENTO DI COSE CHE RICORDANO L'EVENTO
 INTORPIDIMENTO EMOZIONALE
 IRRITABILITA'
 ANSIA e DISTURBI DELLA CONCENTRAZIONE
 DISTURBI DEL SONNO
 IPERVIGILANZA

Le reazioni dei bambini ad eventi stressanti possono essere tutt'altro che transitorie e avere esiti altamente invalidanti, anche nei soggetti in età prescolare, potendo persistere a fronte di un funzionamento sociale apparentemente nella norma. I sintomi più caratteristici di quasi tutti i traumi infantili consistono in memorie intrusive (che generano ansia, panico, disagio psichico), tentativi di evitamento di ogni situazione che ricordi quanto è accaduto (ciò può comportare amnesie ed incapacità nel ricordare elementi importanti legati all'esperienza traumatica), aumento dell'ansia e dell'eccitazione accompagnate da esagerate risposte di allarme (ad esempio, in risposta ad un rumore), irritabilità, difficoltà nella concentrazione e problemi di attenzione, soprattutto a scuola, infine un generale stato di appiattimento emotivo [Di Blasio, 2000].

I sintomi appena presentati risultano molto spesso difficili da riconoscere e classificare in bambini e adolescenti; essi si paleserebbero in modo diverso a seconda dello stadio evolutivo dei soggetti. Per questo motivo, negli ultimi anni, sono stati eseguiti molti studi che hanno portato all'individuazione di sintomi specifici per fasce di età.

Bambini fino a 6 anni: tra i sintomi più frequentemente osservati si annoverano paure generalizzate come ansia di separazione, paura degli estranei, evitamento di situazioni che possono essere collegate al trauma, disturbi del sonno, preoccupazioni nei confronti di eventi o simboli legati al trauma (preoccupazione di poter essere sgridati e puniti).

I bambini mostrano aspetti dell'evento traumatico durante il gioco (prevalgono giochi ripetitivi in cui viene rivissuto il trauma) e possono perdere una competenza acquisita durante tappe di sviluppo precedenti (comportamenti regressivi). È bene precisare che, a questa età, è difficile effettuare una diagnosi affidabile dal momento che i ricordi dell'esperienza traumatica sarebbero a questa età, frammentari e incompleti. Inoltre alcuni dei sintomi possono essere rilevati solo se il bambino è capace di descrivere verbalmente i propri sentimenti e le esperienze vissute.

Bambini della scuola elementare: a differenza degli adulti non sperimentano amnesia di aspetti del trauma né flashback visivi, tuttavia hanno difficoltà a ricordare l'esatta sequenza degli eventi che hanno caratterizzato l'episodio traumatico. Essi ritengono che esistano dei segnali di allarme, dei presagi, che preannunciano il trauma e quindi pensano, stando perennemente in agitazione, di poter riuscire ad evitare traumi futuri. Riproducono aspetti del trauma nel gioco, nei disegni o nelle verbalizzazioni. Presentano comportamenti regressivi, scarsa autostima, difficoltà nel riporre la fiducia negli altri e sentimenti di isolamento. Nei casi di abuso, le esperienze sessuali possono essere

riproposte attraverso il coinvolgimento dei compagni.

Adolescenti: mostrano sintomi simili a quelli degli adulti anche se a differenza di quest'ultimi possono, dopo un evento traumatico, cimentarsi in "giochi traumatici". È possibile poi che nella loro vita di tutti i giorni tendano a riprodurre continuamente la condizione traumatica. Più dei bambini e degli adulti possono esibire comportamenti impulsivi ed aggressivi. L'ansia cronica potrebbe tradursi nella fuga attraverso abuso di sostanze come l'alcool o l'uso di droghe. Insonnia e incubi sarebbero sempre più frequenti insieme a sentimenti di scarsa autostima, difficoltà nel riporre la fiducia negli altri, sentimenti di isolamento. Presentano problemi nelle performance scolastiche e nelle relazioni con i pari ed i familiari [Di Blasio, 2000].

In particolare, i bambini vittime di abuso sessuale differiscono significativamente dal gruppo di controllo costituito da non abusati, soprattutto per sintomi quali paure, ansietà e problemi nella capacità di concentrazione. I primi soffrono in misura maggiore di sintomi di *reexperiencing*, che si evidenziano soprattutto in comportamenti sessuali. Tra i bambini con un disturbo acuto prevalgono sintomi quali: stato di ansia e agitazione generalizzate, incubi, sogni spiacevoli, disturbanti, mentre nei bambini con disturbo cronico prevalgono disturbi quali: distacco o estraneamento dagli altri, tristezza, sfiducia, comportamenti aggressivi, autolesionistici, a cui si associano difficoltà nelle relazioni con i coetanei, ridotta affettività verso gli adulti e, in alcuni casi, ritardi nello sviluppo del linguaggio. Dagli studi sembra emergere, inoltre, un orientamento piuttosto coerente, che indica come l'articolazione e la direzione delle emozioni di collera e dei comportamenti aggressivi sia prepotentemente e fortemente compromessa, soprattutto in coloro che più massicciamente hanno sperimentato il senso del pericolo legato alla propria incolumità fisica.

La percentuale di disturbi post-traumatici da stress tra i bimbi abusati sessualmente e maltrattati fisicamente sfiora circa la metà dei casi. Nei casi di maltrattamento fisico, la sintomatologia post-traumatica sembra presentarsi con maggior probabilità, a distanza di ore, ma anche nei giorni o nelle settimane successive all'evento traumatico. Per alcuni bambini, la sintomatologia può essere inizialmente particolarmente intensa ed essere seguita da una graduale remissione; per altri, i sintomi possono persistere nel tempo ed in alcuni casi aggravarsi. Può darsi che l'individuo, dopo ripetuti eventi traumatici incontrollabili ed improvvisi, sviluppi un'aspettativa generale di pericolo e di non controllabilità, in grado di influenzare in modo persistente il suo atteggiamento nei

confronti delle persone e del mondo.

E' stato anche osservato che le vittime ormai adulte di abusi sessuali subiti durante l'infanzia possono non ricordare l'evento e quindi non manifestano i sintomi tipici di questo disturbo, il quale potrebbe riemergere in seguito all'esperienza di situazioni molto simili a quella dell'abuso. Quando i ricordi dell'esperienza traumatica riaffiorano, ecco che la sintomatologia si può manifestare in tutta la sua violenza.

Inoltre, le persone che sono state vittima di abusi protratti nel tempo, a causa del continuo contatto con il perpetratore, tenderanno a minimizzarne e a sottovalutarne l'impatto, per effetto delle difese adottate.

Essere vittima di un evento traumatico aumenterebbe la vulnerabilità a vittimizzazioni successive e provocherebbe un aumento dell'intensità dei sintomi. La fragilità che deriva dall'essere stati vittime ridurrebbe la capacità di difendersi e amplificare le risposte post-traumatiche.

I bambini che subiscono abuso sessuale da parte del genitore mostrano il PTSD con una frequenza maggiore rispetto a quelli vittime di un estraneo. Non l'identità dell'aggressore bensì la coercizione e la violenza esercitate per obbligare la vittima a compiere atti sessuali, appaiono connessi all'emergere di sintomi più intensi. Occorre inoltre tenere presente che in età evolutiva difficilmente la sintomatologia si presenta in forme strutturate e facilmente definibili: soprattutto nell'infanzia e specie nelle vittime di abuso sessuale, sono estremamente diffuse sintomatologie parziali. Infatti i piccoli vittime di abuso tendono a non riferire subito le esperienze negative da cui sono stati segnati. In realtà non agirebbero meccanismi di inconsapevolezza, ma la cauta e trattenuta difficoltà a verbalizzare dovuta alla vergogna, alla paura di esporsi. Il racconto dei bambini è caratterizzato da un dinamismo e da una processualità che non si esaurisce in un'unica circostanza, si sviluppa, anzi, nel tempo, secondo fasi tipiche della cosiddetta "child sexual abuse accommodation syndrome". Sembra, anzi che solo l'11% di bambini sia in grado di rivelare l'abuso senza titubanze, smentite e incertezze. Inoltre le vittime di traumi ripetuti o prolungati nel tempo esperiscono modalità di risposta per certi aspetti differenti da quelli che si manifestano in seguito ad un evento traumatico singolo[PRAE, 1999].

Le principali categorie di disturbi a lungo termine che colpiscono gli adolescenti sono quelle che derivano dalle conseguenze somatiche, dissociative e affettive del trauma prolungato. Per quanto concerne la *somatizzazione*, sembra che la continuità del trauma

amplifichi e generalizzi i sintomi post-traumatici da stress, determinando quella ipervigilanza e quell'ansia cronica che possono tradursi in somatizzazioni gastrointestinali, addominali, enuresi o encopresi, nausea, conati di vomito, tremori, crisi di pianto inconsolabile magari causati dalla vista di familiari, dall'uso di particolari giocattoli, da involontarie frasi o comportamenti degli educatori. La vittima, esposta ripetutamente ad esperienze che inducono paura, può sviluppare un'associazione tra gli stimoli ambientali e il pericolo, così che anche elementi ed eventi di per sé neutri finiscono per generare timore. Le componenti somatiche dell'ansia possono anche indurre un'intensa timidezza, vergogna e preoccupazione.

Le conseguenze *dissociative* sono l'effetto di quelle operazioni di frammentazione mentale elaborate dai bambini per alterare una realtà contraddittoria e non desiderata. Possono scaturire dallo strenuo tentativo di delimitare settori separati nella mente e nelle emozioni, possono coesistere le immagini contrastanti di sé e dei genitori perpetratori della violenza. Non meno importanti i *disturbi nelle relazioni affettive* dovuti all'instabilità nell'attaccamento e caratterizzati dai sentimenti contraddittori: paure di venire abbandonati o di essere dominati, oscillazione tra passività-sottomissione e furiose ribellioni.

Un'ulteriore area compromessa riguarda *i cambiamenti nell'identità e nella struttura di personalità*. L'immagine corporea, l'immagine interiorizzata degli altri, i valori e gli ideali vengono invalidati e sistematicamente distrutti nelle vittime di violenza fisica assoggettate a controllo e a coercizione.

Tra le conseguenze a lungo termine del trauma, vi è poi la *vulnerabilità alla reiterazione dell'esperienza traumatica* che implica una propensione ad esporsi ai rischi e a nuove esperienze negative autoinflitte o perpetrate su altri. Fenomeni ripetitivi determinati da uno sviluppo patologico della personalità possono portare al coinvolgimento nell'abuso di altri, sia nel ruolo di osservatori passivi, sia in quello di perpetratori, oppure a fenomeni autolesionistici (esposizione al rischio connesso all'assunzione di droghe, al suicidio). Le percezioni e le valutazioni negative invadono il Sé sentito come cattivo, colpevole e soprattutto la vergogna, l'impotenza, l'impossibilità di controllare l'ambiente e proteggere se stesso sono sentimenti tipicamente depressivi dai quali può essere difficile sottrarsi e che possono riaffiorare nell'età adulta [Di Blasio, 2000].

8. STRUMENTI DIAGNOSTICI E DI VALUTAZIONE

A. Bambini con più di 7 anni

- SCALE AUTOSOMMINISTRATE

- *Scala di impatto degli eventi per bambini*
- *Child post-traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI)*
- *Child PTSD Symptom Scale*

- INTERVISTE STRUTTURATE

- *Clinician-Administered PTSD Scale per bambini e adolescenti per DSM IV (CAPS-CA) – gold standard*
- *Anxiety Disorders Interview Schedule per bambini per DSM IV (ADISC)*
- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia per bambini in età scolare (K-SADS)*

- MISURE DI PTSD PER TRAUMI SPECIFICI

- *Scala di impatto eventi traumatici per bambini-rivista (CITES-R): centrata sui sintomi da abuso sessuale*

B. Bambini di 7 anni o più piccoli

Non c'è consenso circa gli strumenti per misurare i sintomi da PTSD nei bambini più piccoli. Sono stati utilizzate scale per valutare i problemi comportamentali come la Child Behavior Checklist (CBCL) e, per i bambini vittime di abuso sessuale, la Child Sexual Behaviour Inventory (CSBI). Di seguito vengono riportati gli strumenti utilizzati per la misurazione del PTSD in questo progetto, ai quali si aggiungono strumenti per la valutazione della depressione, dell'ansia e della qualità di vita.

- **Children's Impact of Event Scale 8-18 anni**
- **Child Post Traumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI) 8-18 anni**
- **Child PTSD Symptom Scale (CPSS) 8-15 anni**
- **Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescent for DSM-IV (CAPS-CA) 8-18aa**
- **Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C) ---**
- **Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (K-SADS; K-SADS-E; K-SADS-PL) 6-18 anni**
- **Children's Impact of Traumatic Events Scale - Revised 8-16 anni**
- **Child Behavior Checklist (CBCL) 2-16 anni**
- **Child Sexual Behavior Inventory (CSBI) ----**
- **Child Report of PTSD Symptoms (CROPS) 7-17 anni**
- **Parent Report of PTSD Symptoms (PROPS) 7-17 anni**

Le interviste strutturate permettono di raccogliere elementi sulle circostanze traumatiche che possono sfociare in un PTSD ma non costituiscono misure formali.

Gli operatori che si trovano di fronte a bambini che presentano un cambiamento improvviso nei pattern del sonno, incubi e agitazione, dovrebbero indagare sulle immagini intrusive e chiedere se i bambini sono stati sottoposti a circostanze di minaccia di vita (es. incidenti, disastri naturali, maltrattamento, abuso sessuale). Una particolare attenzione deve essere indirizzata alla valutazione dei fattori cognitivi che coinvolgono per esempio il modo in cui il bambino attribuisce colpe e responsabilità di un evento. Sarebbe utile che fossero sviluppate misure standardizzate per valutare anche l'effettivo supporto sociale a disposizione del minore, che è determinante per la recuperabilità [National Collaborating Centre for Mental Health, 2005].

9. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Clinici e ricercatori si trovano in difficoltà ad utilizzare l'etichetta "PTSD" di fronte ad una serie di sintomi: l'approccio descrittivo/classificatorio non può che risultare inadeguato a cogliere tutte le possibili sfumature del disturbo.

In ambito evolutivo, poi, questa inadeguatezza si fa ancora più pronunciata, i bambini di differenti fasce di età esprimono il loro disagio in maniera profondamente diversa e, pertanto gli studiosi sono ancora molto lontani dal riuscire ad inquadrare la possibile gamma di reazioni post traumatiche. In questi ultimi dieci anni sono stati fatti molti passi avanti ma sono necessari ulteriori approfondimenti. E' compito di ogni figura professionale che viene in contatto con bambini e adolescenti e con le loro famiglie, avere delle competenze ben precise per poter individuare nei loro comportamenti quei segnali e sintomi di disagio che possono rivelare delle situazioni a rischio. I professionisti dell'infanzia possono trovarsi a contatto sia con la rivelazione di esperienze traumatiche da parte del minore, sia con delle espressioni di un disagio, sia con la presenza di sintomi psicologici, psicosomatici e/o comportamentali che rappresentano degli indicatori di rischio.

10. INTERVENTI TERAPEUTICI NEL PTSD:

• 10.1 Cura farmacologica

Solo pochi farmaci psicotropi sono autorizzati nell'uso con i bambini, ma in alcuni casi l'utilizzo non convenzionale di farmaci autorizzati o la somministrazione di farmaci non autorizzati, viene considerato necessario quando non ci sono altre alternative auspicabili. Esistono però scarse ricerche adeguate in merito al trattamento farmacologico nei minori, così da non consentire la raccomandazione dell'uso di farmaci psicotropi nel trattamento del PTSD in bambini e ragazzi.

La terapia medica tuttavia, potrebbe giocare un ruolo nell'attenuare specifici sintomi e disturbi associati, aiutando così a migliorare la qualità della vita giorno per giorno. Un primo approccio ragionevole ai bambini gravemente sintomatici potrebbe essere quello di iniziare con basse dosi di un farmaco ad ampio spettro, come un SSRI, che dovrebbe puntare a migliorare l'ansia, l'umore e i sintomi di reexperiencing. La riduzione di anche un solo sintomo invalidante, tipo insonnia o ipereccitazione, potrebbe avere un effetto positivo sull'equilibrio complessivo del bambino.

Il passo iniziale nel trattamento medico è la psicoeducazione del bambino, dei genitori ed eventuali assistenti. L'accettabilità della farmacoterapia nel paziente e nel genitore è il primo criterio sul quale basare la decisione di prescrivere; un secondo criterio è la presenza concomitante di severe condizioni di comorbidità psichiatriche che rispondono ai farmaci usati anche nel PTSD. La farmacoterapia viene presa in considerazione anche quando l'intensità del disturbo va ad interferire con la capacità del bambino di impegnarsi nella psicoterapia [Foa, 2009]

• 10.2 Interventi Psicologici

Al momento non ci sono prove che un intervento precoce possa prevenire lo sviluppo di un PTSD o di altri disturbi, anche se le ricerche in merito sono ancora poche.

Il trattamento può essere somministrato al caregiver come al bambino, sia in sedute individuali che di coppia, comprendendo la terapia di gruppo. Dai confronti effettuati nelle diverse ricerche prese in considerazione, si deduce che gli interventi psicologici, in particolar modo la psicoterapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma, può essere efficace sui sintomi postraumatici in bambini e ragazzi che sono stati abusati sessualmente. Viceversa, esistono evidenze scarse dell'efficacia di qualunque intervento

nei minori che soffrono di PTSD derivante da altre forme di trauma. Per bambini maggiori di 7 anni, il trattamento della madre da sola sembrerebbe inefficace quando confrontato con il trattamento del solo bambino. Allo stesso modo, una terapia cognitivo comportamentale sia alla madre che al bambino non sembrerebbe di per sé conferire molto più vantaggio sui sintomi del PTSD rispetto al trattamento del bambino da solo. La mancanza di prove di effetti clinicamente significativi del trattamento cognitivo comportamentale somministrato sia al bambino che all'adulto non abusante è particolarmente sorprendente, se si considera che il trattamento congiunto implica inevitabilmente un tempo terapeutico aggiuntivo destinato a genitori e caregiver. Nessun altro intervento psicologico mostra evidenze significative, anche se per l'EMDR si rilevano alcuni aspetti promettenti che dovrebbero essere approfonditi con ricerche più adeguate. I risultati delle ricerche relative ai bambini sotto i 7 anni presentano un'ulteriore difficoltà legata alla mancanza di accordo sulla diagnosi e sull'utilizzo di strumenti condivisi di misura. Tutti i tipi di trattamento devono essere adattati alla modalità immatura di pensiero dei bambini e spesso i clinici utilizzano materiali di gioco e disegni per aiutare i bambini a comprendere cosa è accaduto e cosa provano.

Mancano ricerche di alto livello che stabiliscano quali tipi di gioco-terapia o arte-terapia possano avere un'efficacia terapeutica nel trattamento dei bambini con PTSD.

Non risulta utile l'utilizzo di singole sessioni di debriefing con i bambini di qualunque età [Foa, 2009]

- **10.3 Arte-terapia**

Le terapie con arti creative includono disegno-pittura, scultura, danza, teatro, musica, poesia e psico-dramma. Esse hanno lo scopo di migliorare il funzionamento fisico emotivo cognitivo e sociale, hanno una tradizione di utilizzo in bambini e ragazzi (che spesso sono già abituati ad usare le arti o che hanno minori abilità verbali), come modo per accedere a materiale non verbale o contenuti che non sono facilmente esprimibili a parole; sono quindi particolarmente adatte per lavorare con i bambini.

Le esperienze cinestetiche e sensoriali inerenti questa forma di terapia, attivano l'emisfero destro del cervello, consentendo l'accesso alla memoria non verbale. Dunque il coinvolgimento del bambino in attività creative consente la libera espressione di immagini interne, pensieri e sentimenti [Foa, 2009]

- **10.4 Terapia psico-dinamiche:**

Nel trattamento psico-dinamico del trauma infantile gli interventi terapeutici sono modellati attraverso la comprensione da parte del terapeuta della vita interiore del bambino nel contesto del suo mondo immediato, della quotidianità e della storia.

Lo psicoterapeuta va a concentrarsi sui significati specifici che il bambino attribuisce all'evento traumatico in base alle sue situazioni costituzionale, di sviluppo, ambientale e alla sua storia.

I genitori o altre figure importanti per il bambino sono impegnati come alleati nel trattamento per ristabilire la routine rassicurante e la sicurezza psicologica che sono essenziali per il recupero

Aspetto centrale di questa terapia riguarda l'obiettivo finale, che è quello di promuovere uno sviluppo sano e coerente della personalità piuttosto che alleviare soltanto la gravità dei sintomi.

Gli studi dimostrano che i trattamenti psicodinamici hanno effetti positivi nel ridurre sintomatologia del bambino e dei caregiver, cambiando le relazioni tra genitori e figlio, nonché il legame di attaccamento e riducendo il livello di cortisolo nei bambini, con effetti positivi a lungo termine.

Nel corso del trattamento genitori e figlio sono guidati nella creazione di una narrazione comune dell'evento traumatico identificando e affrontando triggers traumatici che generano comportamenti disregolati. rafforzando le aspettative reciproche e ponendo l'esperienza traumatica in prospettiva [Foa, 2009]

- **10.5 Terapia cognitivo-comportamentale**

Molti medici utilizzano la TCC in ambito acuto, sebbene si sia dimostrato efficace negli studi di trattamento a lungo termine. Questo approccio rappresenta una grande promessa ma sono necessari ulteriori studi per determinarne l'efficacia e il timing ottimale. Sono attualmente disponibili un certo numero di modalità di CBT specifiche per i traumi. Essi hanno alcune componenti comuni: Trattamento dei genitori; Psico-educazione circa le reazioni comuni del bambino e dei genitori al trauma; Tecniche di rilassamento e gestione dello stress; Tecniche di espressione e modulazione affettiva; Strategie cognitive di coping; Tecniche di elaborazione narrativa ed elaborazione cognitiva dell'esperienza traumatica; Desensibilizzazione in vivo sui ricordi del trauma; Sedute

congiunte genitore-figlio [Foa, 2009].

- **10.6 Il debriefing**

Il debriefing, offrendo il vantaggio di una opportunità immediata per parlare dell'evento traumatico, è attualmente tra le tecniche di supporto preventivo maggiormente affermato e conosciuto, utile per gestire emozioni intense ed comprendere meglio le strategie di fronteggiamento più efficaci. Il principio su cui si basa il debriefing è che attraverso l'opportunità di catarsi e attraverso la verbalizzazione del trauma, si inneschino dei fattori terapeutici sufficienti alla riduzione dello stress post traumatico. Alcuni studi hanno esaminato l'efficacia di varie forme di debriefing nei bambini dopo diversi tipi di traumi: l'evidenza attuale suggerisce che tale tecnica nei bambini traumatizzati, non può efficacemente prevenire il successivo sviluppo del PTSD o altri disturbi d'ansia, per cui non è raccomandata [Foa, 2009].

- **10.7 EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

Il trattamento EMDR comprende 8 fasi: anamnesi, preparazione, valutazione della memoria traumatica, desensibilizzazione, rafforzamento di risposte positive ai ricordi traumatici, esame del corpo per evidenziare sintomi somatici, chiusura, rivalutazione.

Per molti versi sorprendente, la tecnica psicoterapeutica conosciuta come desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, acronimo di Eye Movement Desensitization And Reprocessing (EMDR), è una delle più recenti acquisizioni nei trattamenti del DPTS, scoperta da F. Shapiro nel 1989, viene richiesta da un numero sempre maggiore di operatori per gli straordinari e rapidi effetti nel trattamento delle sindromi post traumatiche.

È una metodologia completa che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione ritmica destro-sinistra per trattare disturbi legati ad esperienze passate o a disagi presenti dei soggetti.

La metodica è nata come terapia specifica per i disturbi da stress post traumatico ed i risultati ottenuti dall'esperienza clinica e dalla ricerca controllata hanno permesso di perfezionarla e di aprire la strada a nuove applicazioni cliniche nel campo dell'ansia, degli attacchi di panico, dei disturbi ossessivi, dei disagi alimentari e sessuali.

L'EMDR si basa sull'ipotesi che esiste una componente fisiologica in ogni tipo di disturbo o disagio psicologico. Dunque le esperienze traumatiche verrebbero registrate sia dalla

psiche, grazie a particolari processi cognitivi, che ad un livello più strettamente fisiologico, attraverso le sensazioni. È proprio intervenendo su queste ultime che si può ottenere l'eliminazione del disagio in modo rapido.

Quando avviene un evento traumatico viene infatti disturbato l'equilibrio su cui si basano i procedimenti di elaborazione dell'informazione e ciò provoca il "congelamento" dell'informazione nella sua forma ansiogena originale ovvero nello stesso modo in cui l'evento è stato vissuto. Questa informazione non viene elaborata e può provocare patologie post traumatiche. I movimenti oculari saccadici e ritmici che il soggetto associa all'immagine traumatica facilitano l'esternazione dei suoi ricordi negativi legati al fenomeno.

Il trattamento con EMDR consente un approccio integrato che considera tutti gli aspetti importanti dei più noti sistemi psicoterapeutici tradizionali. Si tratta infatti di un metodo complesso di psicoterapia che associa molti elementi relativi a diversi sistemi curativi con alla base il movimento oculare.

L'effetto finale è che le immagini negative spesso svaniscono, le emozioni negative si placano, i pensieri irrazionali vengono sostituiti da interpretazioni adeguate e positive dei fatti. L'EMDR deve essere proposto esclusivamente da clinici psicoterapeuti[Shapiro,1998].

11. SUGGERIMENTI PER LA PRATICA CLINICA

VALUTAZIONE: Nella valutazione del PTSD in bambini o ragazzi, gli operatori dovrebbero porre domande dirette in sede separata ai minori sui sintomi posttraumatici, senza basarsi unicamente sulle informazioni derivanti dai genitori o dai caregiver.

Quando un bambino ha subito un evento traumatico, al pronto soccorso i genitori dovrebbero essere informati della possibilità di sviluppo del PTSD attraverso la descrizione dei sintomi possibili e l'indicazione di contattare un professionista se i sintomi persistono più di un mese.

Non ci sono attualmente dati definitivi circa la durata ottimale o il timing degli interventi in acuto per i bambini traumatizzati, la durata ottimale dell'intervento varierà probabilmente ampiamente a seconda del grado di esposizione e di perdita e della severità dell'angoscia e delle difficoltà successive al trauma. Questi fattori rendono difficile identificare una durata potenzialmente ottimale di intervento.

INTERVENTO PRECOCE: Una terapia cognitivo-comportamentale 'trauma-focused' dovrebbe essere somministrata a bambini più grandi con gravi sintomi posttraumatici o con un grave PTSD nel primo mese dopo il trauma.

PTSD CRONICO: I bambini e i ragazzi con PTSD, compresi quelli abusati sessualmente, dovrebbero usufruire di una terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma appropriata all'età, alle circostanze e al livello di sviluppo.

Quando opportuno, le famiglie dovrebbero essere coinvolte nel trattamento del PTSD nei bambini, anche se programmi di trattamento che prevedono il solo coinvolgimento parentale non sembrano determinare alcun beneficio sui sintomi post-traumatici.

La durata del trattamento psicologico focalizzato sul trauma nei bambini con PTSD cronico derivante da un singolo evento traumatico, dovrebbe in genere essere di 8/12 sedute. Quando nella sessione di trattamento si discute del trauma, la seduta dovrebbe durare più della norma (es. 90 minuti). Il trattamento dovrebbe essere regolare e continuativo (almeno una volta alla settimana) e dovrebbe essere somministrato dalla stessa persona. Il trattamento farmacologico non dovrebbe essere prescritto di routine ai bambini con PTSD. Nella scelta del trattamento, i genitori, ed eventualmente anche i ragazzi, dovrebbero essere informati che eccetto gli interventi psicologici focalizzati sul trauma; non ci sono al momento evidenze in favore dell'efficacia di altre forme di trattamento largamente utilizzate (gioco-terapia, arte-terapia, terapia familiare)[Van Der Kolk, 2005].

12. L' APPROCCIO OMEOPATICO

Nel 1993 “The Journal of the American Institute of Homeopathy” ha dedicato una pubblicazione completa sulla diagnosi, sulla gestione sul trattamento omeopatico del PTSD. Nell'articolo viene sostenuto che lavorare con vittime di abusi (fisici, emozionali, sessuali), sia una delle sfide più importanti che gli omeopati devono affrontare.

L'approccio omeopatico, si dimostra molto vantaggioso per questi pazienti, in quanto abbraccia a 360 gradi l'esperienza di vita del paziente, dai disturbi psichici a quelli fisici.

Inoltre per sua stessa natura, il colloquio omeopatico crea uno spazio per la rivelazione di eventi traumatici del passato. Se la comprensione delle dinamiche familiari rappresenta un punto centrale, non va sottovalutato il fatto che il bambino stesso ha bisogno di essere ascoltato, compreso e anche curato per le ferite riportate, evidenti e non. Ciò richiede grande sensibilità, compassione, comprensione ed empatia da parte dell'omeopata. Occorre rassicurare il bambino e i genitori riguardo la normale tensione provocata da eventi gravi, che può essere di aiuto, come anche riuscire a farsi raccontare l'evento dal bambino stesso, valutandone attentamente il grado di tensione. Naturalmente, i bambini non sanno esprimere chiaramente (o talvolta non vogliono) i loro sentimenti [Shalts, 2011].

D'altra parte, sappiamo che il momento del racconto dell'eventuale abuso subito da parte del bambino coincide con il riemergere di intense emozioni e di vividi turbamenti, con il riaffiorare di conflitti interni e con il timore di non essere creduti o con la paura di danneggiare coloro che, pur avendo provocato tanto dolore, continuano ad essere le persone più significative della propria vita. Osservare il loro comportamento in ambulatorio è la chiave per la prescrizione di successo. Perciò durante il colloquio è importante che i pazienti (o i loro genitori/tutori) abbiano tutto il tempo necessario per descrivere la loro esperienza e l'impatto che ha avuto su di loro e sulla famiglia in toto. Occasionali pause di silenzio empatico possono rivelarsi utili per la compliance al trattamento, così come le rassicurazioni verbali [Bourgarit, 2007]

Dunque, è molto importante che il pediatra omeopata conosca bene gli aspetti emotivi che sono comuni a tutti i bambini (cioè che conosca la psicologia evolutiva) in modo da saper distinguere i sintomi normali da quelli anormali. Soltanto dopo aver fatto ciò, potrà cogliere i sintomi caratteristici che conferiscono individualità al paziente e che porteranno il medico ad una utile prescrizione. Un bambino (piccolo), per la sua naturale dipendenza e immaturità, non è in grado di ricordare o di comunicarci fatti e le esperienze che invece

sono spesso essenziali per poterlo valutare. Così è compito del medico servirsi di ciò che egli stesso può osservare e di quello che viene osservato dagli altri e valutare e giudicare il comportamento e la storia di bambino che gli vengono riferiti dai genitori. In particolare i bambini stressati possono protestare quando vengono visitati: allontanano la mano del medico, gli tirano calci o mostrano, indirettamente, reazioni negative rivolte altrove, per esempio contro i giocattoli o contro altri bambini[Master, 2007]. Abbiamo come omeopati molte possibilità di guarire i nostri pazienti da traumi violenti, laddove la medicina convenzionale è di solito più limitata (psicoterapia e tranquillanti sono gli unici utilizzati in queste situazioni).

Il trattamento riservato a quei bambini in acuto, negli ambienti ospedalieri per esempio, è davvero scadente. Inoltre, molti autori sono concordi nel ritenere che l'approccio farmacologico invece di trattare il problema, finisca per creare uno stato alterato a livello cerebrale (es. sedazione) che non farebbe altro se non sopprimere i sintomi della malattia[Coll, 2002; Chappell, 2003].

Come medici omeopati, dovremmo essere in prima linea con la nostra capacità di ascoltare e utilizzare le nostre possibilità terapeutiche per riparare quelle situazioni tragiche quando, in seguito, vediamo questi bambini nei nostri ambulatori.

Le esperienze traumatiche lasciano un bambino con profonde cicatrici che, se non trattate, possono degenerare nel tempo in patologia fisica e mentale. L'omeopatia ha il potere di curare gli effetti negativi di tali esperienze anche in seguito, quando il bambino cresce fino a diventare un adulto.

Attualmente un numero sempre maggiore di omeopati si sta occupando del trattamento di pazienti affetti dal PTSD. Alcuni di loro hanno anche pubblicato casi reports. Nonostante le differenze nella formazione e approcci teorici alla valutazione e al trattamento dei pazienti omeopatici, i risultati riportati sono stati uniformemente impressionanti. Quelli trattati con l'omeopatia sono stati in grado di recuperare completamente e andare avanti con la loro vita[Shalts, 2011].

Guarire da questo tipo di trauma può richiedere un trattamento a lungo termine con un rimedio costituzionale ben indicato. Secondo Morrison i casi di PTSD vanno seguiti perlomeno per cinque anni, prima che si possa essere abbastanza soddisfatti degli effetti positivi a lungo termine.

Secondo alcuni autori persino gli eventi violenti e terrificanti che si verificano nella vita di una madre durante la gravidanza possono influenzare il feto piuttosto drasticamente.

In più di un'occasione si è giunti al rimedio corretto basandosi sulla storia della gravidanza.

Se è vero che l'omeopatia si basa sul principio dell'individualizzazione, per cui il rimedio può variare da persona a persona in base a inizio, durata, progressione, ubicazione, sensazione, modalità e sintomi concomitanti, tuttavia ci sono alcuni rimedi che possiamo etichettare come rimedi utili in situazioni di stress traumatico. Questo principio fondamentale dell'omeopatia non impedisce infatti di prendere in considerazione alcuni rimedi che hanno più probabilità di essere efficaci in una situazione particolare. Ad ogni modo ci deve sempre essere differenziazione dei sintomi di presentazione [Morrison, 1993; Coll, 2002; Shalts, 2011].

Cercando di raggruppare le principali rubriche, si possono individuare alcuni temi ricorrenti che caratterizzano questi bambini:

TEMA DELL' EVITAMENTO:

MENTE – FUGGIRE, tentativi di

MIND – ESCAPE, attempts toacon, ambr, *Ars, Aur*, ign, lyc, *Op, Ph-ac, Sep, Staph, Stram, Thuj*

MENTE – IRREALE - tutto sembra

MIND – UNREAL – everything seemsanac, lac-c, *Med*, staph

MENTE – MEMORIA – debolezza della memoria – per ciò che è accaduto

MIND – MEMORY – weakness of memory – happened, for what has*Med, Nat-m*,

MENTE – INCOSCENZA; stato di

MIND – UNCONSCIOUSNESS **ACON**, ambr, *Anac, Arn, Ars, IGN, Lyc*, med, *Nat-m, OP, PH-AC*, sep, staph, *Stram, Thuj*

MENTE - CONFUSIONE mentale - identità; riguardo alla sua

MIND – CONFUSION of mind – identity, as to his**ANAC**, aur, lyc, med, nat-m, op, sep, stram, thuj

MENTE - CONFUSIONE mentale - identità; riguardo alla sua - dualità; sensazione di

MIND – CONFUSION of mind – identity, as to his – duality, sense of**ANAC**, calc-p, lyc, nat-m, op, sep, *Stram*, thuj

MENTE – OTTUSITÀ - nei bambini

MIND – DULLNESS – children, in**CALC-P**, carc, *Lyc*, med, op, sep

MENTE- OTTUSITÀ; da emozioni

MIND – DULLNESS – emotions, from acon, op, ph-ac, staph

MENTE – INDIFFERENZA- alle cose esterne

MIND – INDIFFERENCE- external things; toanac, calc-p, lyc, op, *Ph-ac*, staph, thuj

MENTE – INDIFFERENZA- verso le persone care

MIND – INDIFFERENCE – loved ones; to *Acon*, ars, carc, **SEP**

MENTE - INSENSIBILE

MIND – UNFEELING ANAC, ars, med, nat-m, op, *Sep*
 MENTE - COMPAGNIA - avversione a

MIND – COMPANY – aversion toacon, *Amr*, ANAC, arn, ars, *Aur*, *Calc-p*, carc, *IGN*, *Lyc*, NAT-M, SEP, STAPH, *Thuj*
 MENTE – COMPAGNIA – avversione a – desiderio di solitudine

MIND – COMPANY – aversion to*Acon*, *Ambr*, *Aur*, calc-p, carc, *IGN*, lyc, NAT-M, op, sep, staph, *Stram*, *thuj*
 MENTE - EMOZIONI – sopresse

MIND – EMOTIONS – suppressedcarc, *Ign*, lyc, *Nat-m*, STAPH
 MENTE - OCCUPAZIONE; migl.

MIND – OCCUPATION – amel.ars, aur, calc-p, carc, *Ign*, lyc, med, SEP, stram, *thuj*
 MENTE - RETICENTE (poco comunicativo)

MIND – SECRETIVEanac, aur, carc, *Ign*, *Lyc*, nat-m, op, *Sep*, staph, *Thuj*
 MENTE - VOLONTÀ - perdita della forza di volontà

MIND -WILL – loss of will power*Anac*, lyc, *Nat-m*, op
 MENTE – LETTO – avversione al; evita il letto

MIND – BED – aversion to, shuns bed*Acon*, ars, lyc, med
 SONNO – PROLUNGATO

SLEEP – PROLONGEDanac, arn, ign, nat-m, op, ph-ac, sep, *Staph*, stram
 SINTOMI GENERALI - MANCANZA di dolore in disturbi normalmente dolorosi

GENERALS – PAINLESSNESS of complaints usually painful*Lyc*, OP, ph-ac, STRAM

TEMA DELL'IPERALLERTA:

MENTE – ANSIA – nei bambini

MIND – ANXIETY – children, in*Acon*, ars, calc-p, carc, stram
 MENTE – ANSIA – a causa di rumori

MIND – ANXIETY – noise, fromars, *Aur*, STRAM
 MENTE - IRREQUIETEZZA; nei bambini

MIND – RESTLESSNESS – children, inACON, ambr, anac, ars, calc-p, carc, lyc, med, op, staph, stram
 MENTE – SOBBALZARE

MIND – STARTING*Acon*, ambr, anac, *Arn*, ARS, *Aur*, calc-p, carc, *Ign*, LAC-C, *Lyc*, NAT-M, *Op*, ph-ac, *Sep*, staph, STRAM, *thuj*
 MENTE – SOBBALZARE – durante il sonno

MIND – STARTING – sleep – during acon, ambr, anac, arn, *Ars*, *Aur*, calc-p, carc, lyc, med, *Nat-m*, *Op*, ph-ac, sep, staph, stram, *thuj*
 MENTE – SPAVENTATO facilmente

MIND – FRIGHTENED easily *Acon*, *Ambr*, *Anac*, *Arn*, ARS, calc-p, carc, *Ign* LYC, *Med*, *Nat-m*, *Op*, SEP, *Staph*, STRAM
 MENTE - ILLUSIONI - osservata; pensa di essere

MIND – DELUSIONS – watched she is being ARS, med
 MENTE - ILLUSIONI - persone - dietro di lui; qualcuno è

MIND – DELUSION – people – behind him; someone isanac, *Med*, staph, *thuj*
 MENTE - SENSIBILE - luce; alla

MIND – SENSITIVE – light, to*Acon, Ars*, aur, ign, lac-c, stram
 MENTE - SENSIBILE - tatto; al

MIND – SENSITIVE – touch, to*Acon*, arn, ars, lac-c, op, staph
 MENTE - SENSIBILE - rumori; ai

MIND – SENSITIVE – noise, to*ACON*, anac, *Arn, Ars*, carc, *Ign, Lac-c, Lyc, Med, Nat-m, OP, SEP*, staph, stram, thuj
 MENTE - TOCCATO - avversione ad essere

MIND – TOUCHED – aversion to be*Acon, ARN*, ars, calc-p, carc, ign, lyc, *Med, Nat-m*, sep, stram, *Thuj*
 MENTE - PAURA - accadrà; che qualcosa

MIND – FEAR – happen, something will*Acon*, ambr, arn, *Ars*, carc, ign, *Lac-c, Lyc, Med, Nat-m, Ph-ac, Sep*
 MENTE – GEMITI

MIND – MOANING*ACON*, ambr, anac, *Arn, Ars*, aur, *Calc-p, Ign, Lyc*, med, *Nat-m*, op, ph-ac, sep, *Stram, Thuj*
 MENTE – GEMITI - con insonnia

MIND – MOANING – sleeplessness, witharn, ars, aur, lyc, nat-m, *Op*
 SONNO – RISVEGLIO – frequente

SLEEP – WAKING – frequent*Acon, Ambr*, arn, *Ars*, aur, calc-p, carc, ign, *Lyc, Nat-m*, op, ph-ac, *SEP, Staph*, stram, thuj
 SONNO – INSONNIA – nei bambini

SLEEP – SLEEPLESSNESS – children, inacon, *Ars, CARC, Op*
 SONNO – ANSIOSO

SLEEP – ANXIOUS*Acon, ARS*, op
 SONNO - IRREQUIETO; nei bambini

SLEEP - RESTLESS – children, incarc, ign, staph
 SONNO – DISTURBATO – facilmente

SLEEP – DISTURBED – easily*Lyc, Op*
 SONNO- DISTURBATO – da pensieri

SLEEP – DISTURBED – thoughts; bylyc, ph-ac, *Sep*, staph
 SONNO- DISTURBATO – da sogni

SLEEP – DISTURBED – dreams, byacon, ambr, arn, *Ars*, calc-p, ign, lyc, nat-m, op, ph-ac, *Sep, staph, Thuj*
 SONNO – POSIZIONE – cambiata frequentemente

SLEEP – POSITION – changed frequentlyacon, arn, *ARS*, aur, *Ign*, lyc
 SOGNI – ANSIOSI

DREAMS – ANXIOUS*ACON, Ambr, Anac, ARN, ARS, Aur*, calc-p, carc, *Ign, LYC, NAT-M, Op, Ph-ac, Sep*, staph, *Stram, THUJ*
 FACCIA – ESPRESSIONE – ansiosa

FACE – EXPRESSION – anxious*ACON, Arn, ARS, Aur*, ign, *LAC-C, Lyc*, op, staph, *Stram*

TEMA DELL' AUMENTO DELLE DIFESE:

MENTE - OFFESO, facilmente

MIND – OFFENDED, easily*Acon*, anac, arn, *ARS, Aur, CARC*, ign, *Lac-c, LYC, Nat-m, Op, Sep, STAPH*, stram, thuj
 MENTE - RISERVATO

MIND – RESERVEDacon, ambr, anac, arn, ars, aur, carc, *Ign*, lyc, med, **NAT-M**, op, ph-ac, sep, *Staph*, stram, thuj
MENTE – COMPAGNIA – desiderio di

MIND – COMPANY - desire foracon, ambr, **ARS**, aur, calc-p, carc, *Ign*, **LAC-C**, **LYC**, nat-m, ph-ac, *Sep*, *Stram*
MENTE - AVVICINATO dalle persone; essere - avversione a

MIND – APPROACHD by persons; being – aversion to*Arn*, aur,ign, *Lyc*, thuj
MENTE – PAURA - dell'avvicinarsi – degli altri

MIND – FEAR – approaching; of – others; ofacon, *Ambr*, anac, **ARN**, ars, *Ign*, *Lyc*, op, sep, *Stram*, *Thuj*
MENTE – PAURA - dell'avvicinarsi – degli altri – (bambini non tollerano che qualcuno si avvicini a loro)

MIND – FEAR – approaching; of – others; of – children cannot bear to have anyone come near them ...ambr, arn, ign, stram
MENTE – PAURA - dell'avvicinarsi – degli altri – (per paura di essere toccato)

MIND – FEAR – approaching; of – others; of – touched, lest he beacon, **ARN**, ars, stram
MENTE – SENSIBILE – bambini

MIND – SENSITIVE – children*Acon*, *Carc*, *Ign*, lyc, med, nat-m, sep, *Staph*
MENTE – SENSIBILE – ai rimproveri

MIND – SENSITIVE – reprimands, toars, *Carc*, *Ign*, lyc, *Med*, nat-m, staph
MENTE – SENSIBILE – ai rumori

MIND – SENSITIVE - noise, to **ACON**, ambr, anac, *Arn*, *Ars*, *Aur*, carc, *Ign*, *Lac-c*, *Lyc*, *Med*, *Nat-m*, **OP**, ph-ac, **SEP**, staph, stram thuj
MENTE - ILLUSIONI - separato - mondo; dal - lui è separato

MIND – DELUSIONS – separated – world; from the – he is separated*Anac*, carc, thuj
MENTE - RABBIA

MIND – RAGE*Acon*, *Anac*, *Arn*, *Ars*, aur, ign, **LAC-C**, **LYC**, med, *Nat-m*, **OP**, ph-ac, sep, staph, **STRAM**, *Thuj*
MENTE - COLLERA – nei bambini

MIND – ANGER – children; in*Acon*, anac, arn, carc, *Lyc*, med, op, sep, staph, stram, thuj
MENTE - COLLERA - violenta

MIND – ANGER – violent**ACON**, ambr, **ANAC**, ars, **AUR**, ign, *Lyc*, *Nat-m*, op, ph-ac, *Sep*, **STAPH**, stram, thuj
MENTE - DISTURBI DA - collera - spavento; con

MIND – AILMENTS FROM – anger – fright; with**ACON**, *Aur*, *Carc*, **IGN**, *Op*, sep, **STRAM**
MENTE – DISTURBI DA – eccitazione – emotiva

MIND – AILMENTS FROM – excitement emotional*Acon*, anac, *Arn*, ars, *Aur*, calc-p, *Carc*, ign, lyc, med, *Nat-m*, op, **PH-AC**, *Sep*, **STAPH**, stram, thuj
MENTE – ANSIA – dopo contrarietà

MIND – ANXIETY – vexation – afteracon, lyc, sep, staph
MENTE - CONTRADDIZIONE - intollerante alla contraddizione; è

MIND – CONTRADICTION – intolerant of contradictionacon, *Anac*, arn, ars, **AUR**, calc-p, carc, **IGN**, **LYC**, med, .
Nat-m, op, **SEP**, *Staph*, stram, thuj

TEMA DEL SENSO DI COLPA, DISTRUTTIVITÀ, DISPREZZO/DISGUSTO DI SÉ

MENTE – DISGUSTO

MIND – DISGUST*Ambr*, arn, **ARS**, aur, carc, ign, **LAC-C**, lyc, med, sep, *Stram*, thuj

MENTE - DISGUSTO - sé stesso; con	
<i>MIND – DISGUST – oneself</i>	lac-c, lyc, sep
MENTE - ANTAGONISMO con se stessa	
<i>MIND – ANTAGONISM with herself</i>	Anac, aur, lac-c, op, Sep
MENTE - ANSIA - coscienza; ansia di (sentimento di colpa)	
<i>MIND – ANXIETY – conscience; anxiety of</i>	Ambr, ANAC, arn, ARS, AUR, Carc, Ign, Med, Nat-m, Ph-ac, staph, Stram, Thuj
MENTE – ANSIA – quando è solo	
<i>MIND – ANXIETY – alone; when</i>	ARS, sep
MENTE – MORTE – desiderio	
<i>MIND – DEATH – desires</i>	acon, ambr, ars, AUR, carc, LAC-C, lyc, Nat-m, op, Sep, Staph, stram, thuj
MENTE - RIPUGNANZA(disgusto), per la vita	
<i>MIND – LOATHING – life</i>	Ambr, arn, ARS, AUR, carc, LAC-C, Lyc, NAT-M, op, Ph-ac, Sep, STAPH, stram, THUJ
MENTE - SUICIDIO, tendenza al - pensieri di suicidio	
<i>MIND – SUICIDAL disposition – thoughts</i>	acon, Anac, AUR, carc, Ign, med, nat-m, thuj
MENTE - DISTRUTTIVITÀ - bambini; nei	
<i>MIND – DESTRUCTIVENESS – children; in</i>	carc, stram
MENTE - STRAPPARE, lacerare - oggetti in generale	
<i>MIND – TEARING – things in generals</i>	ign, op, STRAM

TEMA DELLA DISPERAZIONE:

MENTE - DISPERAZIONE	
<i>MIND – DESPAIR</i>	Acon, AMBR, Anac, arn, ARS, AUR, Carc, IGN, lac-c, LYC, med, NAT-M, Op, ph-ac, Sep, Staph, Stram, thuj
MENTE – AFFLIZIONE (pena)	
<i>MIND – GRIEF</i>	acon, Ambr, Anac, Arn, Ars, AUR, calc-p, carc, IGN, Lac-c, Lyc, NAT-M, Op, Ph-ac, Sep, STAPH, . stram, thuj
MENTE – AFFLIZIONE – silenziosa	
<i>MIND – GRIEF – silent</i>	Aur, carc, IGN, lyc, NAT-M, Ph-ac, sep, staph
MENTE – LAGNARSI	
<i>MIND – COMPLAINING</i>	acon, ambr, anac, arn, Ars, Aur, CALC-P, carc, ign, Lyc, op, ph-ac, sep, staph,
MENTE - FIDUCIA - mancanza di fiducia in sé stesso	
<i>MIND – CONFIDENCE – want of self-confidence</i>	ambr, ANAC, arn, ars, Aur, Calc-p, Carc, ign, Lac-c, Lyc, Med, Nat-m, op, Ph-ac, sep, staph, stram, thuj
MENTE - FIDUCIA - mancanza di fiducia in sé stesso – autodenigrazione	
<i>MIND – CONFIDENCE – want of self-confidence – self-depreciation</i>	anac, Ars, lac-c, Lyc, thuj
MENTE - PIANTO - per un'ammonizione	
<i>MIND – WEEPING – admonition, from</i>	carc, ign, Lyc, med, nat-m, staph
MENTE – PIANTO – nel sonno	
<i>MIND – WEEPING – sleep, in</i>	anac, Arn, ars, Aur, ign, lyc, Nat-m, Op, Ph-ac, Sep, stram, thuj
MENTE – TRISTEZZA – nei bambini	

MIND – SADNESS – children in*Ars*, aur, carc, lyc, **NAT-M**, sep
 MENTE - TRISTEZZA - solo - quando è solo

MIND – SADNESS – alone – when**ARS**, aur, carc, lyc, *Nat-m*, *Stram*
 MENTE - TRISTEZZA - suicida; con tendenza

MIND – SADNESS – suicidal disposition, withanac, *Ars*, **AUR**, carc, ign, med, *Nat-m*, op, sep, **STAPH**
 MENTE - LASCIATO, abbandonato; si sente

MIND – FORSAKEN feeling*Anac*, *Ars*, **AUR**, car, *Ign*, lac-c, lyc, *Nat-m*, op, sep, *Stram*, *Thuj*
 MENTE - LASCIATO, abbandonato; si sente - isolamento; sensazione di

MIND – FORSAKEN feeling – isolation; sensation of*Anac*, carc, op, stram, thuj
 MENTE – UMORE – repulsivo

MIND – MOOD – repulsiveacon, ambr, *Anac*, arn, ars, aur, carc, ign, lyc, sep, thuj
 MENTE – PARLARE – nel sonno

MIND – TALKING – sleep, inacon, ambr, anac, *Arn*, ars, aur, carc, ign, *Lac-c*, lyc, med, *Nat-m*, *Op*, *Sep*, *Stram*, thuj

TEMA DEL RITORNO/BLOCCO NEL PASSATO:

MENTE - PENSIERI - persistenti

MIND – THOUGHTS – persistent ...acon, *Ambr*, anac, arn, *Ars*, **AUR**, carc, *Ign*, lac-c, med, **NAT-M**, op, *Ph-ac*, sep, *Staph*,
Stram, *Thuj*

MENTE – RIMUGINARE

MIND – BROODINGacon, arn, aur, carc, **IGN**, lyc, nat-m, op, *Ph-ac*, sep, stram, thuj
 MENTE - INDUGIA (rimugina) - ricorda - sgradevoli ricordi

MIND – DWELLS – recalls – disagreeable memoriesambr carc, **LYC**, **NAT-M**, **SEP**, thuj
 MENTE – ASSORTO (immerso nei propri pensieri)

MIND – ABSORBEDacon, ambr, *Arn*, ign, *Nat-m*, *Op*, sep, staph, stram, thuj
 MENTE - COLLERA - contrarietà; per passate

MIND – ANGER – vexation; about formercarc, lyc, sep

TEMA DELLA PAURA:

MENTE - PAURA - buio; del - bambini; nei

MIND – FEAR – dark; of – children; incarc, lac-c, med, *Stram*

MENTE - PAURA - solitudine; della

MIND – FEAR – solitude of*Ars*, *Carc*, lyc, stram

MENTE – PAURA – rumori; a causa di

MIND – FEAR – noise, fromacon, *Aur*, calc-p, carc, ign, *Lyc*, med, **STRAM**

MENTE - PAURA - solo; di stare

MIND – FEAR – alone, of beingacon, **ARS**, calc-p, carc, *Lac-c*, **LYC**, med, *Sep*, *Stram*

MENTE – PAURA – terrore; di notte

MIND – FEAR – terror - nightacon, *Stram*
 MENTE – PAURA – della gente
MIND – FEAR – people; of*Acon*, ambr, *Anac*, ars, *Aur*, ign, *LYC*, *Nat-m*, sep, staph, stram
 MENTE PAURA – del letto
MIND – FEAR – bed – of the*Acon*, *Ars*, lyc, nat-m
 MENTE - PAURA - fallimento, del
MIND – FEAR – failure, ofanac, arn, ars, *Aur*, carc, *Lac-c*, lyc, med, nat-m, ph-ac, thuj
 MENTE – URLA – durante il sonno
MIND – SHRIEKING – sleep, duringanac, arn, *Aur*, *Calc-p*, carc, *Ign*, *Lac-c*, *LYC*, nat-m, sep, stram, thuj
 SOGNI - INCUBI - nei bambini
DREAMS – NIGHTMARES – children, in*Carc*, *Stram*

TEMA DEL TRAUMA / ABUSO / VIOLENZA

MENTE - DISTURBI DA – traumi, incidenti; sintomi mentali da
MIND – AILMENTS FROM – injuries, accidents; mental symptoms fromacon, arn, carc, stram
 MENTE - DISTURBI DA - abusi; a seguito di
MIND – AILMENTS FROM – abused; after being*ACON*, ambr, anac, *ARN*, ars, aur, calc-p, carc, *IGN*, *Lac-c*, lyc, *Med*, *NAT-M*, *OP*; *SEP*, *Staph*, stram, thuj
 MENTE - DISTURBI DA - abusi; a seguito di – sessuali- nei bambini
MIND – AILMENTS FROM - abused; after being – sexually – children, in ...acon, anac, arn, *Carc*, ign, lac-c, lyc, *Med*, nat-m, op, sep, staph, thuj
 MENTE - DISTURBI DA - dominio-dominazione - bambini; nei
MIND – AILMENTS FROM – domination – children, in*Anac*, *Carc*, *Lyc*, med, nat-m, sep, *Staph*, thuj
 MENTE - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
MIND – BEHAVIOR PROBLEMS, lyc, med, staph, *STRAM*, thuj

Sempre più spesso ci troviamo di fronte alla necessità di curare i problemi importanti con la medicina omeopatica. Per noi omeopati pediatri sarebbe importante fare il punto sui principali sintomi mentali dei rimedi che più frequentemente possiamo utilizzare in queste situazioni [Master, 2007].

ACONITUM

Il volto del tipico bambino Aconitum esprime paura, è infatti indicato nei disturbi da spavento mentale o da stress fisico nonché nei disturbi da rabbia e insulti. Le sue paure sono più o meno intangibili. Ha paura della morte, del buio, del letto e dei fantasmi. È un rimedio ad azione rapida per situazioni acute e molto angoscianti. I suoi disturbi sono caratterizzati da agitazione, impazienza, grande preoccupazione, ansia e paura.

Inoltre presenta deficit di memoria; è come se ciò che ha appena fatto fosse un sogno e che riesce a ricordarlo a mala pena. Sonno leggero, agitazione notturna, si gira continuamente nel letto. Sogni ansiosi, si sveglia con un sussulto.

AMBRA GRISEA

Bimbo estremamente goffo nei movimenti e nell'aspetto, specie in presenza di estranei. Ha problemi fisici ed emotivi che insorgono dopo uno shock o un'afflizione. Prendere punizioni a scuola o a casa lo aggrava molto. Ha poca fiducia in se stesso e un'immagine misera di sé che derivano dalla sua timidezza, codardia e imbarazzo. È troppo timido e schivo per reggersi da solo, anche in situazioni di abuso sessuale. La comprensione è lenta quando legge o scrive. Non può prendere parte ad attività che si svolgano in presenza di altre persone (ad esempio giocare in cortile, a pallone); preferisce stare in casa a leggere un libro. Ha la tendenza a sentirsi facilmente imbarazzato per ogni piccola cosa, evitando di mettersi in mostra. C'è inoltre una costante preoccupazione, nei bambini in età scolare, riguardo a cosa gli altri pensano di loro. Facilmente influenzabili e impressionabili. Si mangiano le unghie. Sogni ansiosi, parlano nel sonno.

ANACARDIUM

È un bambino soprattutto indeciso, che non sa mai quello che vuole, come fosse diviso tra due volontà contrastanti fra loro; la sua volontà è continuamente eccitata da influenze esterne, ma la sua coscienza, tende a trattenerlo dal portare a compimento i suoi impulsi. Persino come carattere e comportamento è oscillante di continuo tra i due opposti, tanto che riesce ad essere villano e sgradevole proprio con le persone alle quali è più attaccato, salvo dispiacersene nell'intimo e pentirsene subito dopo. Sempre per questo atteggiamento contraddittorio, prende sul ridere le cose serie e sul tragico le sciocchezze.

È un bambino ansioso che ha paura di tutti e soprattutto degli impegni e degli esami.

È scontroso, con scoppi di rabbia, diffidente, ha la mania di persecuzione, ha paura di non essere capito, che non gli si voglia abbastanza bene; è dispettoso, dice parolacce e fa gesti villani per il solo gusto di farli. In genere è di cattivo umore quando ha fame e diventa più trattabile mangiando.

La situazione di Anacardium è quella tipica delle violenze sui minori.

I genitori, molto rigidi, ripongono tutte le loro aspettative sul bambino. Se si inizia a

prendere le sue decisioni o non sembra all'altezza delle aspettative riposte su di lui, sarà punito crudelmente. Così egli cerca di vivere secondo queste attese rendendosi obbediente e angelico nel suo comportamento. Se però la violenza persiste, e lui continua a sopportare, alla fine reagisce con crudeltà, cattiveria, mancanza di senso morale e comportamento antisociale. Qui può anche sviluppare arroganza con enorme disprezzo per gli altri. Da un lato è buono, angelico, obbediente per paura della punizione; L'altra parte di lui è dura, maligna, violenta, diabolica. È disgustato da se stesso. Diviene immorale, sviluppa tendenze suicide o omicide, evita la compagnia.

ARNICA MONTANA

Rimedio principe in tutti i casi di trauma sia fisico che psichico, sia recente che passato. Per quanto riguarda i traumi psichici il rimedio è usato per curare gli effetti di paure improvvise, eccessi di collera, stati di shock, dispiaceri, lutti, emozioni molto intense, spaventi. È dunque particolarmente indicato per i bambini che hanno subito violenza.

La sua preoccupazione principale gira intorno alla vulnerabilità psicofisica. Egli diviene ipersensibile e si scompensa sempre di più. E' già di per sé timoroso, ma diviene pauroso all'eccesso. Ciò che oggettivamente percepiamo come il rischio quotidiano (incidenti d'auto, influenza, ecc.) nel bambino "tipo Arnica" si trasforma in un complesso di paure, di false percezioni, che lo annichiliscono. Sente che da un momento all'altro potrà accadergli qualcosa. Rinuncia agli spostamenti in auto, aereo, treno, ecc. Si sente costantemente minacciato. Ha anche paura di ferirsi da solo. Teme di cadere e di farsi male. Alla fine si chiude in casa. Tutte le sue "paranoie" girano intorno a questa "sensazione di fragilità".

ARSENICUM ALBUM

Si tratta di bambini che hanno paura di qualsiasi persona e di tutto, facilmente impauriti e spaventati. Le paure (solitudine, morte, fantasmi, insetti) tendono ad insorgere a causa della loro viva immaginazione. Sono bimbi molto tesi, oppressi dall'apprensione, che non possono essere spinti o forzati a fare qualcosa, altrimenti sviluppano sintomi somatici importanti. Ansia per la salute dei suoi familiari, ha paura che qualcosa di terribile possa accadere loro. L'angoscia accompagna i loro disagi fisici, ed è direttamente proporzionale a questi. È utilissimo nel panico notturno. Eccessivamente ordinati, mettono in ordine la

loro stanza, i loro giocattoli in modo accurato. Pignoli anche per quanto riguarda l'aspetto personale. Spesso diventano nervosi per uno spavento, sentono che stanno per ammalarsi e vogliono entrambe i genitori vicino. Può avere tendenze autolesionistiche: sbatte la testa contro gli oggetti, si mutila il corpo e si rotola sul pavimento quando è arrabbiato. Irrequietezza nel sonno, ansia dopo mezzanotte, si sveglia di soprassalto per sogni spaventosi.

AURUM METALLICUM

Bambino che, in seguito a una grave malattia (avendo compreso che l'esito di questa è infausto) o altre esperienze traumatiche che possono mettere in pericolo la sua vita, cade in depressione; perde ogni vitalità, ogni tipo di iniziativa, si sente infelice, ha difficoltà di concentrazione. Si sente abbandonato e teme di essere respinto dai membri della sua famiglia. Spesso critica se stesso e sviluppa sensi di colpa per motivi anche banali. Contorce continuamente le mani. Evita i luoghi affollati e i luoghi alti. Sensibile alle delusioni, singhiozza nel sonno. Tendenzialmente egocentrico, orgoglioso, precoce, intelligente e molto curioso (fa molte domande a scuola).

CALCAREA PHOSPHORICA

Figlio di genitori genericamente immaturi, irresponsabili, o con un comportamento antisociale, che al momento del concepimento non andavano d'accordo tra loro o non avrebbero voluto avere figli; oppure figlio di genitori che sopportano poco i figli a causa dello stress provocato dai problemi contingenti.

Bambino delicato, sensibile e attento, che difende la sua emotività perdendosi nei suoi sogni e nella sua realtà fantastica. Vive internamente tutti i traumi tipici dell'infanzia: la lontananza materna, gli altri fratelli, la figura paterna. Stanco, specie al mattino, scarica tutto sullo stomaco e sull'intestino (coliche addominali). Ha una certa difficoltà a mantenere un intenso sforzo mentale, a causa della scarsa memoria. Rimedio utile nelle sindromi da perdita di emotività o da perdita materna come risultato di circostanze psico-sociali, che colpiscono la capacità che ha il bambino di assunzione, assorbimento e utilizzazione del cibo. Sospiri involontari, forte desiderio di viaggiare e girovagare; sempre pronto ad andare a fare un giro di piacere in auto. Disturbi dovuti ad abusi fisici o sessuali. Il bambino diventa ansioso e nervoso, con sensi di colpa immotivati quando, a

scuola, gli insegnanti alzano la voce con un altro bambino o lo rimproverano. Dislessia e problemi di crescita fisica.

CARCINOSINUM

Bambino emotivamente represso dai genitori, (verso i quali tende a nutrire timore) o che ha ricevuto troppo presto una responsabilità eccessiva. Presentano disturbi da mortificazioni, punizioni, rimproveri. Sono bambini precoci, con tratti ossessivo; hanno sofferto durante la loro infanzia, hanno tenuto segreto quello che volevano dire ai loro genitori, sono cose che non si possono dire con leggerezza; compulsivi, un po' pignoli e qualche volta torpidi; caratteristicamente preoccupati per ciò che può accadere ai loro familiari. Dormono a pancia sotto, ma male o addirittura sono insonni. Per quanto dotati di partecipazione per gli altri, questi bambini non sono facilmente maneggevoli, perché ostinati, dotati di scarsa applicazione e cattivo rendimento scolastico.

Un rimedio prezioso per i bambini che hanno subito abusi sessuali e violenze. Può agire come sbloccante psichico per rimuovere blocchi caratteriali e stimolare la capacità di apprendimento.

IGNAZIA AMARA

Non tollera assolutamente il minimo rimprovero o sgridata: sviluppa immediatamente sintomi quali enuresi, tosse, febbre e convulsioni. Riservato, timido, sta in disparte, trova molto difficile esprimere i suoi sentimenti. Instabilità emotiva: passa facilmente dalla gioia alla tristezza o dal riso al pianto. Grande afflizione silenziosa quando perdono ciò che è a loro più caro, per esempio se muore un genitore o un membro della famiglia, quando perde il suo giocattolo preferito. Di solito rimugina da solo su problemi immaginari, su vessazioni o ferite emotive ricevute. Bambino dolce romantico, sognatore, coscienzioso. Dal lato emotivo può diventare eccitabile: ogni contraddizione lo fa andare in collera o lo fa piangere. Ipersensibile anche ai rumori. Non tollera la consolazione, sospira involontariamente. A tratti può apparire goffo, lasciando cadere oggetti dalle mani. Ha paura di essere respinto, sensazione di abbandono. Può arrivare a provare disprezzo per se stesso. Insonnia per il minimo rumore con ipersalivazione, dovuta a spaventi, afflizioni, sogni disturbanti. Sogni di fallimento, di umiliazioni e di frustrazioni. Utile quando la madre, durante la gravidanza, abbia subito vessazioni o altre esperienze traumatiche.

LAC CANINUM

Lac caninum presenta una contraddizione interna, sono i pazienti in cui il corpo fa il contrario del loro cuore. Questo è tipico di un bambino nato e cresciuto in un ambiente dove uno dei genitori lo ha trascurato e maltrattato (o ha abusato di lui), privandolo dell'amore, dell'affetto, e del nutrimento; ciò nonostante questo bambino cerca la compagnia dei suoi genitori. La madre, durante la gravidanza, ha sofferto un grande avvillimento e non è stata aiutata.

Storia prolungata di violenze in bambini che non sono mai riusciti a reagire; hanno vissuto una situazione umiliante come se fossero tenuti al guinzaglio. Ciò li porta ad una bassa stima di se stessi e all'autosvalutazione: pensano di non poter ottenere risultati e che gli altri li disprezzino; vivono con la sensazione perenne di essere dei falliti.

Sperimenta profondi sensi di colpa, si sente assolutamente inadeguato e misero.

Le bambine grandicelle hanno un'immagine negativa e povera del loro corpo a causa dell'acne, dei peli cutanei, del seno piccolo o della bassa statura. Disgusto per il proprio corpo e tendenza alla bulimia.

Alcune frasi ricorrenti sono: <<nessuno mi ama, sono stupido, sembro brutto, mi odio, non piaccio a nessuno>>. Distratto, non riesce a concentrarsi, scarsa forza di volontà, impreca alla minima provocazione, non persevera in un hobby o in un'attività scolastica. Tendenza autodistruttiva. Sviluppa avversione alla solitudine e molte paure.

Specie i ragazzi giovani sono pieni di fantasie vivide verso cose orribili come visioni di serpenti, delusioni di essere circondato da serpenti. Sogni di serpenti e dorme con una gamba tesa e l'altra piegata, sogna di urinare e si sveglia di notte con l'impressione che il suo letto si muova.

LYCOPODIUM CLAVATUM

Bambino tendenzialmente ambizioso e competitivo, ma anche cauto, che cerca di non correre mai alcun rischio; come risultato, non è mai troppo sicuro di essere nel giusto. Durante il colloquio appare reticente, non è mai espansivo. È riservato, cerca di non dare molte notizie di sé. Presuntuoso, invidioso, egoista, agisce con baldanza e sicurezza, talvolta sovrastimando le proprie forze: fa così per compensare le ansie e le insicurezze nascoste. Non è all'altezza di fronteggiare la realtà e le sue problematiche, compresi i rapporti di potere (a scuola).

Fa un esame accurato di ogni sua azione in modo da mantenere una certa immagine di sé che nasconda le sue debolezze fisiche e la sua pigrizia. (indossa una maschera). Ha avversione alla compagnia di estranei; Si comporta in modo arrogante specie con i propri familiari. Paura della folla ma anche paura di restare solo specie di notte. Può originare dal fatto di essere criticato verbalmente da genitori autoritari.

Autosvalutazione: mancanza estrema di fiducia nelle proprie capacità, spesso si considera molto piccolo e inferiore agli altri (non avendo fiducia in se stesso, non riesce a compensare i suoi timori e le sue ansie). Soppressione delle capacità intuitive, immaginative, e artistiche e sovrastimolazione di quelle intellettuali e razionali. Avversione a intraprendere cose nuove, dato che ha una forte aspettativa di fallire. Tende a crollare emotivamente se qualcuno non è gentile con lui, mettendosi a piangere.

Ha disturbi da anticipazione, fallimento, spavento, eccessivo controllo da parte dei genitori, violenze.

MEDORRINUM

Bambini appartenenti a famiglie nelle quali si esercitano l'autorità e l'abuso, oppure dove esistono forti disaccordi tra i genitori. In tali situazioni il bambino tende ad allontanarsi e a seguire le ali dell'immaginazione, rifugiandosi nel mondo della fantasia (falsa percezione della realtà). Hanno una costituzione mentale ottusa, e debole e una costituzione fisica tendente al pallore e al rachitismo. Sono bambini curiosi, bravi a scuola, con tutte le loro domande fanno venire il mal di testa a chi li circonda. Sono precoci, raggiungono prima i traguardi mentali e sociali relativi alla loro età, mentre a volte sono in ritardo in quelli fisici. Sono socievoli e frettolosi di natura, amano l'avventura.

Hanno molta sensibilità nell'avvertire i problemi prima che si verifichino.

Ragazzi giovani che hanno coscienza della bellezza, amano essere alla moda e profumati. Masturbazione esagerata, anche in modo inconscio; si innamorano facilmente e appassionatamente.

Bambini senza paura, qualsiasi cosa facciano, tutt'altro che timidi, possono stare insieme ad una persona del tutto estranea, mangiare e parlare con lei senza alcun problema; i bambini piccoli vanno in braccio a chiunque. Sono liberi, indipendenti e impazienti per natura. Disobbedienti, se la prendono con qualsiasi restrizione o regola, vanno contro qualsiasi autorità. Tuttavia in seguito a disturbi emotivi possono divenire spenti e con poca vitalità. Sono attratti dal mare e dallo stare in riva al mare, fanno lunghi bagni.

Tormentano gli animali e fanno i dispetti a loro amichetti solo per il piacere di farlo.
Si mangiano le unghie. Si mordono la lingua nel sonno .

NATRUM MURIATICUM

I disturbi del bambino possono essere dovuti alla mancanza di amore da parte dei genitori e a carenza di amorevolezza durante l'allattamento. Il bambino ha la tendenza a piangere facilmente, ma la consolazione lo aggrava. É predisposto agli incidenti, maldestro nei movimenti. Ha disturbi dovuti al fatto di sentirsi solo (sensazione di abbandono), di aver subito violenze, di aver assistito al litigio dei genitori, dalla morte di persone care, da rimproveri, da collera soppressa con afflizione silenziosa. Non riesce a dimostrare affetto verso nessuno, tranne che per gli animali. Molto sensibile alle scortesie e ai rimproveri, piange in silenzio. Durante il sonno emergono molte paure e ansie, che portano il bambino ad avere insonnia e a fare brutti sogni e incubi. Nasconde i suoi profondi sentimenti di amaro risentimento causati dai genitori e dai familiari, per paura di perdere per sempre il loro amore. Utile in presenza di un comportamento aggressivo per mancanza d'amore. Evita le persone che cercano di confortarlo (irritabilità aggravata dalla consolazione). Ha una sensibilità estrema che lo fa per lo più reagire a tutto in modo abnorme. Ha paura che succeda qualcosa di brutto a lui o alle persone che ama. Insicurezza negli anni formativi della vita, che lascia traumi profondi che il bambino non scorderà mai. Il bambino convive con un trauma emotivo, del quale rifiuta di liberarsi, preferendo restare afflitto in silenzio. Falsa percezione della realtà: si vede brutto quando guarda la sua faccia allo specchio. Fa vari sogni relativi alla caduta o alla caduta di denti: questo simbolizza la collera e le emozioni che il bambino ha soppresso (dal momento che non è in grado di usare i denti per masticare = parlare a favore di se stesso e per mordere = esprimere la sua collera).

OPIUM

Bambino audace che non ha la capacità di distinguere il pericolo. Tendono ad avere problemi neurologici e comportamentali in seguito a un lutto in famiglia o dopo un'esperienza spaventosa, quando la paura permane per tanto tempo. Indifferente al dolore, (agli schiaffi o alle punizioni dei genitori): diventa duro di cuore, indifferente ai problemi altrui, non mostra affetti. Può manifestare comportamento antisociale in seguito ad abuso o altre esperienze traumatiche prolungate: si isola dal mondo per chiudersi in un guscio.

Distratto, indifferente, taciturno, bugiardo, mentalmente ottuso, con espressione ansiosa e inebetita.

PHOSPHORICUM ACIDUM

E' il tipico bambino fosforico, fragile per costituzione, che vive silenzioso e presente vicino alla madre dalla quale cerca sicurezza. Esaurito in seguito a stress, crescita troppo rapida, dispiaceri, malattie debilitanti: è svogliato, apatico, indifferente a tutto, non vuole parlare, comprende ed elabora i pensieri con difficoltà, ha deficit mnemonici; sonnolenza durante il giorno e insonnia di notte.

SEPIA

Bambina triste, silenziosa e arrabbiata, che non riesce ad esprimere facilmente il suo amore e il proprio affetto agli altri, può apparire chiusa e indifferente. Solitaria, vittima lei stessa della sua emotività nascosta e celata, si chiude in se stessa, irritata da tale costrizione, perché piuttosto orgogliosa. Può apparire pigra, trasandata (= misera immagine di se stessa). Alla base ci può essere un conflitto con la figura materna, percepita come insicura e non all'altezza. Storia di dominazione che può provocare due tipi di comportamento: sfida o provocazione da una parte, depressione e tristezza dall'altra. Disturbi dovuti a violenze (abusi sessuali), afflizione e rimproveri. Bambina tendenzialmente invidiosa, avara e avida in seguito all'insicurezza affettiva e alla sensazione di essere abbandonata o trascurata. Si offende facilmente, si sente derisa dai coetanei. Ama il ballo e lo sforzo fisico. Parla nel sonno.

STAPHYSAGRIA

Bambino raffinato con una certa sensibilità estetica. Sensibile, prova una grande indignazione per alcune cose fatte da altri o da se stesso; la parola più innocente lo offende. Distratto, tende a sognare a occhi aperti (questo è un modo per fuggire dai suoi traumi emotivi). Quando sta bene è un bambino schivo, amichevole, riservato e dolce; quando si ammala, diventa irascibile, meschino e capriccioso. Trattiene la collera, non riesce a rispondere quando si sente colpito emotivamente; se insultato, non reagisce, troppo dignitoso per azzuffarsi.

Può presentare masturbazione esagerata e successivo senso di colpa, dovuta alla sensazione di essere trascurato, abbandonato o in seguito a discordie in famiglia. Non sopporta la vista di ferite e di sangue.

Esagerata accondiscendenza e rinuncia. Storia di abusi sessuali e violenze in tenera età. Storia materna di discussioni, rottura di relazioni, delusioni amorose o collere sopresse durante la gravidanza.

STRAMONIUM

Bambino nato da madre che ha subito traumi emotivi o anche fisici durante la gravidanza (delusioni, spaventi, soprusi da parte del marito ecc). Presenta un comportamento eccessivamente dipendente e sottomesso nei confronti dei genitori, che spesso deriva da un'insicurezza o dalla paura di perderli. Si comporta in modo buffo con gesti sciocchi. Prova avversione per l'acqua, anche il rumore dello scorrere dell'acqua lo impaurisce. Problemi di comportamento dovuti ad abusi, spavento, rimproveri, violenze. Tendenzialmente è un bambino molto vispo e allegro, ha la tendenza a saltare, ad arrampicarsi dappertutto; talvolta invece è taciturno. Quando è in collera diventa violento: ha la tendenza a mordere gli altri, graffiare, dare calci, tirare i capelli, pestare i piedi. Bambino distruttivo, desidera rompere gli oggetti e strappare i vestiti. Può essere disobbediente, cocciuto, dispettoso, litigioso e offensivo. Ha paura dei fantasmi, degli animali (cani neri e ragni). Ha molta paura di notte, e questo è dovuto soprattutto al bui: ha bisogno della compagnia e della luce accesa. Ansia e paura in presenza di estranei. Digrigna i denti durante il sonno, ha dei sussulti, grida, fa sogni spaventosi. Fa molti errori quando parla e scrive, rifiuta di prendere le medicine,

THUJA

Prova un senso di autosvalutazione, che forse deriva dalla coercizione o da un senso di abbandono o da autolesionismo oppure da violenze subite. (umore mutevole, mancanza di fiducia in se stesso, sprezzante di se stesso).

Spesso in modo incosciente proietta una certa immagine di se stesso in modo da nascondere la sua colpa e la sua afflizione alla società e ai familiari.

Collera esagerata e cronica che esplode facilmente per sciocchezze.

Tratti ossessivo-compulsivi compaiono abbastanza presto nell'infanzia, controlla e ricontrolla tutto, ha una cura eccessiva per le sue cose ecc..

E' un bambino che è stato represso, specialmente da una madre iperprotettiva o troppo severa (disturbi da dominazione,). Nel bambino è presente una sensazione di abbandono, dovuta a una repressione esagerata che può portare alla bulimia. Si può riscontrare un ritardo nella crescita, ma anche una difficoltà nell'esprimere emozioni più complesse. Da adolescente diventa chiuso e riservato (paura che gli altri si avvicinino, paura di non farcela a scuola).

Può trattarsi di un bambino che vive in un contesto familiare dove i genitori continuano a litigare. È affascinato dagli sport, mette tutta la sua energia e i suoi sforzi in questo campo. Insonnia in seguito a paura o tristezza.

BIBLIOGRAFIA

- Allen, J. (2005). *Coping with Trauma: Hope Through Understanding*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Barclay C. R. , *Autobiographical remembering: Narrative constraints on objectified selves*, in D. Rubin C.(Ed), *Remembering our past*. *Studies in autobiographical memory* 94-129, Cambridge University Press, New York 1996
- Beckwitt Turkel S., Eth S. *Psychopathological responses to stress: Adjustment disorders and posttraumatic stress disorder in children and adolescents*, in L.E. Arnold (Ed), *Childhood stress*, 52-71, John Wiley and Sons, New York.1991
- Bourgarit R., *Pediatria Omeopatica*, RED! ed.2007
- Bruner J. S. *La costruzione del significato*, Bollati-Boringheri, Torino, 1992.
- Bruner J. S. *La mente a più dimensioni*, Laterza, Roma-Bari, 1988.
- Carrion VG, Weems CF, Reiss AL. *Stress predicts brain changes in children: a pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus*. *Pediatrics*. 2007;119:509–516
- Coll L. *Homeopathy in survivors of childhood sexual abuse*. (North Glasgow University Hospitals NHS Trust, UK). *Homeopathy* (2002) 91, 3–9
- Di Blasio P., *Psicologia del bambino maltrattato*, il Mulino, Collana "Aspetti della psicologia" 2000
- PRAE (Quaderni del Centro Scientifico Regionale di Prevenzione Sanitaria), *L'abuso sessuale nell'infanzia e nell'adolescenza*, Aisthesis Edizioni, Milano 1999
- Chappell P. *Guarigione emotiva con l'omeopatia: Trattamento degli effetti del trauma* ed. North Atlantic Books, 2003
- Ehlers A, Clark DM. *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. *Behav Res Ther* 2000; 38: 319-45.
- Eisen M.L., Goodman G.S.,1998, *Trauma, memory and suggestibility in children*, *Development and Psychopathology*, 10, 717-738.
- Enders N. *Manuale di pediatria omeopatica*, Tecniche nuove 2006
- Foa E. Ph.D. *Effective Treatments for PTSD*, second edition, Published by The Guilford Press NY in 2009
- Freud, A. (1936). *L'io e i meccanismi di difesa*. Tr. It. in *.Opere.*, vol. 1. Bollati Boringhieri, TO 1978.

- Freud, A. (1965). Normalità e patologia nell'età infantile. Tr. it. in: Opere, vol. 3, Boringhieri, TO 1979.
- Greenwald, R. & Rubin, A. (1999). Brief assessment of children's post-traumatic symptoms Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice, 9*,61-75.
- Krystal, H. (1998). Regolazione degli affetti e narcisismo. Raffaello Cortina, Milano.
- Labov W. Some further steps in narrative analysis, in "Journal of Narrative and Life History", 7, 1-4, 319-415. 1997
- Lingiardi V. Madeddu, I Meccanismi della Difesa: teoria, valutazine e clinica. Ed. Cortina Raffaello 2002
- Master Farokh J. Osservazioni Cliniche sui Rimedi Pediatrici Omeopatici. Salus Infirmorum 2007
- Morrison R. Materia medica of post-traumatic stress disorder. J Am Inst Hom 1993; 86; 110±118
- National Collaborating Centre for Mental Health, Gaskell and the British Psychological Society (2005) Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care
- Nikeea Copeland-Linder and Janet R. Serwint, Post Traumatic Stress Disorder *Pediatr. Rev.* 2008;29;103-104 DOI: 10.1542/pir.29-3-103
- Passen MD ND Clifford PTSD, Dissociative Disorders, Multiple Personality Disorders: Diagnosis and Treatment, Journal of the American Institute of Homeopathy - Volume 86, Number 2, Summer 1993 pag 81-91
- Rossi - M.G. Marinangeli psicobiologia e fenomenica del condizionamento e dell'evitamento (Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi de L'Aquila) **NÓOς** 2: 2006; 177-186
- Rossi A, Marinangeli MG. Clinica del disturbo post-traumatico da stress. In: Il punto su ansia e non ansia: diagnosi e terapia di un continuum psicopatologico in evoluzione. Firenze: Scientific Press, 2001: pp 355-86.
- Saakvitne K.W., Gambe S., Pearlman, L.A. Lev B.T., 2000, Risking connection: a training curriculum for working with survivors of childhood sexual abuse. Lutherville: Sidran Press.
- Sanavio E.Sica C., Novara C., Dorz S., Coping strategies: Evidence for cross-culture differences? A preliminary study with the italian version of Coping Orientations to Problems Experiences (COPE) *Personality and Individual Differences, 23*(6), pp. 1025-1029, 1997
- Shalts E. Homeopathic Treatment of PTSD In Clinical Cases, General Papers 01/2011
- Shapiro F., M.S. Forrest, "EMDR, una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica" casa editrice Astrolabio, Roma 1998 R.Canterbury,
- Terr L.C. [1991], Childhood traumas: An outline and overview, in "American Journal of Psychiatry", 148,10-20.
- Van Der Kolk B.A, McFarlane A.C.; Stress traumatico: gli effetti sulla mente, sul corpo, e sulla società delle esperienze intollerabili. Ma.Gi. ed. 2005

APPENDICE 1: Diagnosi (secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV^a Edizione TR (DSM-IV TR))

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

1) 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

2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore. Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato.

B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:

1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma

2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile

3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma

4) disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico

5) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:

1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma

2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma

3) incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma

4) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative

5) sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri

6) affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti di amore)

7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).

D. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:

- 1) difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
- 2) irritabilità o scoppi di collera
- 3) difficoltà a concentrarsi
- 4) ipervigilanza
- 5) esagerate risposte di allarme.

E. La durata del disturbo (sintomi ai Criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

PTSD Mnemonic

E – Event/experience (threatening to life or physical integrity of self or others)

R – Re-experiencing (flashbacks, nightmares etc)

A – Arousal (anxiety, startle, hypervigilance, irritability)

A – Avoidance (of things, places, images etc. reminiscent of event)

D – Duration of plus one month