



Il Trauma psichico nella prima infanzia

Guida per i genitori

Traduzione di Mariagnese Cheli

Panoramica

Il Trauma della prima infanzia si riferisce generalmente alle esperienze di natura traumatica che coinvolgono bambini nei primi 6 anni di vita.

Poiché le reazioni nei bambini piccoli possono essere molto diverse da quelle osservabili in bambini di età superiore, e poiché essi non sono in grado di verbalizzare le loro reazioni agli eventi minacciosi o pericolosi, molte persone ritengono che la giovane età protegga i bambini dalle conseguenze di esperienze traumatiche. A volte gli adulti dicono: "E' troppo piccolo per capire, quindi è meglio se non ne parliamo con lui/lei". Tuttavia, i bambini sono colpiti da eventi traumatici, anche se non sono in grado di comprendere l'accaduto.

"A volte gli adulti dicono: E' troppo piccolo per capire. Tuttavia, i bambini sono colpiti da eventi traumatici, anche se non possono comprendere cosa è successo."

Un numero crescente di ricerche evidenzia che i bambini molto piccoli, anche neonati, possono essere influenzati da eventi che minacciano la loro sicurezza o la sicurezza dei loro genitori o tutori, e i loro sintomi sono stati ben documentati. I traumi possono essere il risultato di atti di violenza intenzionale come abusi fisici o sessuali, o violenza domestica o il risultato di calamità naturali, incidenti, o guerra. Anche bambini in tenera età possono sperimentare stress traumatico in risposta a procedure mediche dolorose o invasive o alla perdita improvvisa di un genitore/caregiver.

Indice

- ✓ Il trauma nella prima infanzia è unico?
- ✓ La portata del problema
- ✓ Sintomi e comportamenti associati all'esposizione a eventi traumatici
- ✓ Fattori di protezione: Rafforzare la resilienza nei bambini piccoli e nelle famiglie

- ✓ Riconoscere il trauma e sostenere la cura: professionisti
- ✓ Aiutare i bambini esposti al trauma: famiglie e caregiver
- ✓ Trattamenti per bambini e famiglie
- ✓ Riferimenti e link

Il trauma nella prima infanzia è unico?

Gli eventi traumatici hanno un profondo impatto sensoriale sui bambini piccoli. Il loro senso di sicurezza può essere sconvolto da stimoli visivi spaventevoli, rumori forti, movimenti violenti, e altre sensazioni associate a un evento imprevedibile e pauroso. Le immagini spaventose tendono a ripresentarsi sotto forma di incubi, nuove paure e giochi che rimettono in scena l'evento. In mancanza di una comprensione accurata del rapporto tra causa ed effetto, i bambini credono che i loro pensieri, desideri e paure abbiano il potere di influenzare la realtà e di far accadere gli eventi. I bambini piccoli hanno una ridotta capacità di anticipare le situazioni di pericolo o di garantirsi la sicurezza, quindi sono particolarmente vulnerabili agli effetti dell'esposizione al trauma. A 2 anni, un bambino percosso dalla madre interpreta e vive l'evento traumatico in modo diverso da un bambino di 5 o di 11-anni. I bambini possono incolpare se stessi o i loro genitori per non aver impedito un evento spaventoso o per non averne potuto cambiare l'esito. Queste idee distorte sulla realtà aggravano l'impatto negativo degli effetti traumatici sullo sviluppo.

“I bambini possono incolparsi o accusare i loro genitori per non aver impedito un evento spaventoso o per non essere in grado di mutarne l'esito”

Come nel caso di bambini più grandi, anche i bambini più piccoli sperimentano sia i sintomi comportamentali che fisiologici associati al trauma. A differenza dei bambini più grandi, quelli in tenera età non possono esprimere con le parole la paura, l'impotenza, il vissuto di sopraffazione. Tuttavia, i loro comportamenti ci forniscono importanti indizi circa il modo in cui reagiscono.

I bambini esposti a eventi traumatici sono particolarmente a rischio per la vulnerabilità conseguente al rapido sviluppo cerebrale. Il Trauma nella prima infanzia è associato a una dimensione ridotta della corteccia cerebrale. Questa zona è responsabile di molte funzioni complesse tra cui la memoria, l'attenzione, la consapevolezza percettiva, il pensiero, il linguaggio e la coscienza. Questi cambiamenti possono influenzare il Quoziente Intellettivo e la capacità di regolare le emozioni. Per saperne di più sull'impatto dello stress traumatico sullo sviluppo cerebrale, consultare [Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain](#), un documento di lavoro prodotto dal Center on the Developing Child.

I bambini dipendono esclusivamente dai genitori/tutori per la sopravvivenza e la protezione sia fisica che emotiva. Quando il trauma impatta anche il genitore/caregiver, la diade può essere fortemente influenzata. Senza il supporto di un genitore/caregiver capace di aiutare a regolare le proprie emozioni forti e in assenza di un attaccamento sicuro, i bambini possono sperimentare stress soverchiante, con scarsa capacità di comunicare efficacemente ciò che sentono o di cui hanno bisogno. I sintomi conseguenti possono apparire inspiegabili e i genitori/tutori non sono in grado di fornire risposte adeguate.

La portata del problema

I bambini molto piccoli presentano tassi di esposizione a stress traumatico simili a quelli dei bambini più grandi. In uno studio condotto su bambini di età compresa tra i 2 e i 5 anni, più della metà (52,5%) aveva vissuto un grave evento stressante (Egger & Angold, 2004).

I più comuni fattori di stress traumatici per i bambini piccoli sono:

incidenti, traumi fisici, abuso, trascuratezza, esposizione a violenza domestica e di comunità.

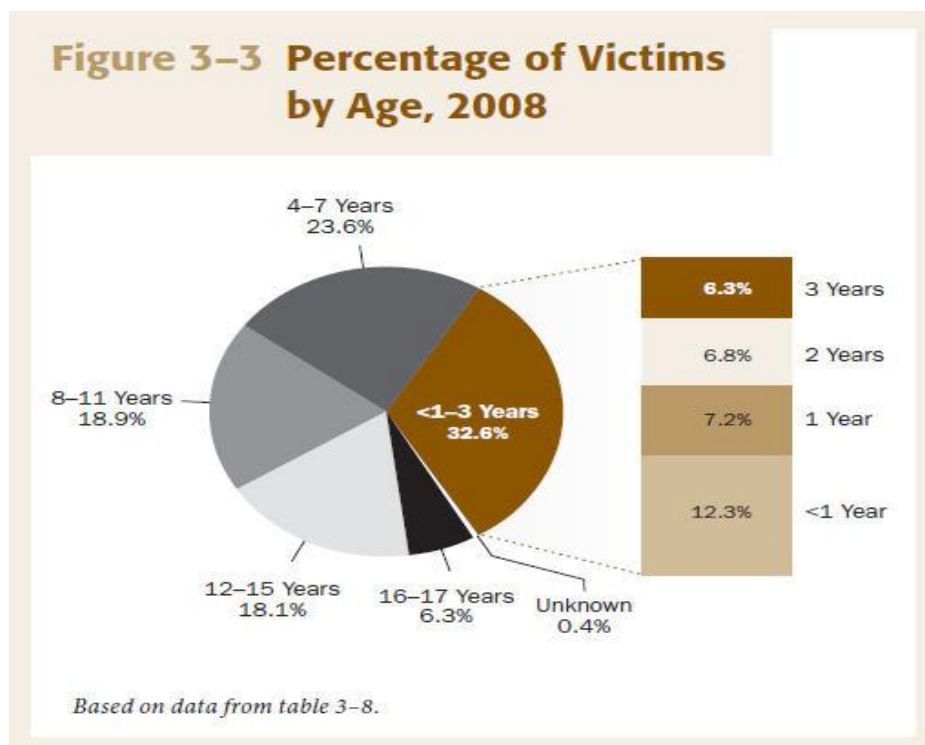
Incidenti e traumi fisici infantili

- Bambini 0-5 anni sono soggetti a ricovero ospedaliero per annegamento, ustioni, cadute, soffocamento e avvelenamento più frequentemente dei bambini in qualsiasi altro gruppo di età (Grossman, 2000).
- Un bambino su tre di età compresa tra 0-6 anni ha subito lesioni gravi tali da richiedere cure mediche (Beach & McCormick, 1997).

Abuso e trascuratezza

I bambini piccoli presentano il tasso più alto di abuso e di abbandono, e maggiori probabilità di morire a causa di lesioni fisiche.

- Vittime 0-3 anni rappresentano il 32,6% di tutte le vittime di maltrattamento segnalate alle autorità statunitensi nel 2007 (US Department of Health Services and Human, 2010).



- I bambini statunitensi in tenera età collocati in affidamento eterofamiliare sono in rapida espansione (Dicker, Gordon, e Knitzer, 2001). I bambini più piccoli hanno maggiori

probabilità di essere allontanati dalla famiglia naturale e posti in affido a lungo termine a causa di maltrattamento dei bambini più grandi (Wulczyn, Hislop, & Jones, 2002).

Violenza domestica e di comunità

- In un sondaggio condotto in tre centri di salute mentale per genitori associati al SAMHSA è risultato che il 23% dei genitori intervistati hanno riferito che i loro figli avevano assistito (visto o sentito) a una lesione fisica procurata da un membro della famiglia su un altro (Crusto et al., 2009).
- Quasi due terzi dei bambini che frequentano un programma Head Start ha assistito a episodi di violenza sociale, secondo i resoconti dei genitori (Shahinfar, Fox, e Leavitt, 2000).
- In un sondaggio di genitori di bambini 0-6 anni presso un ambulatorio pediatrico, è risultato che un bambino su dieci aveva assistito a una coltellata o ad altri episodi di violenza cruenta in casa (Taylor, Zuckerman, Harik, e Groves, 1992).

Nel 2002 il NCTSN Task Force Trauma Complex ha condotto un sondaggio clinico sull'esposizione a eventi traumatici nei bambini in carico ai servizi. I risultati, pubblicati nel 2003 nel Libro Bianco sul Complex Trauma (tradotto in lingua italiana e visitabile in questo stesso sito) indicano che 78% dei bambini aveva sperimentato più di un tipo di trauma e che l'esposizione iniziale, in media, era iniziata all'età di 5 anni. Altri dati provenienti da più di 10.000 casi in carico a servizi e centri specializzati rivelano che un quinto dei bambini 0-6 anni è stato esposto a eventi traumatici come violenza domestica, abuso sessuale, trascuratezza, perdita traumatica / lutto (NCTSN, 2009).

Sintomi e comportamenti associati all'esposizione a eventi traumatici

I bambini che soffrono di sintomi da stress traumatico hanno generalmente difficoltà nel regolare i loro comportamenti ed emozioni. Possono presentarsi come impauriti o "appiccicosi" in situazioni nuove, si spaventano facilmente, sono difficili da consolare, e/o aggressivi e impulsivi. Possono anche avere difficoltà del sonno, perdere le competenze più recenti acquisite nello sviluppo e mostrare regressione nel funzionamento psichico e nel comportamento.

Possibili reazioni dei bambini 0-6 anni con stress traumatico

Bambini 0-2 anni:

- Ritiro
- Eccessiva richiesta di attenzione attraverso comportamenti sia positivi che negativi
- Dimostrare scarse competenze verbali
- Mostrare collera eccessiva
- Manifestare comportamenti aggressivi
- Esprimere problemi di memoria
- Adottare comportamenti regressivi
- Avere incubi notturni sul trauma e presentare difficoltà del sonno
- Esprimere paura verso adulti che ricordano l'evento traumatico
- Avere uno scarso appetito, peso ridotto e/o problemi digestivi
- Presentare una ridotta abitudine al sonno
- Mostrare un pianto inconsolabile
- Mostrare irritabilità, tristezza e ansia
- Spaventarsi facilmente

Bambini 3-6 anni

- Presenza di acting out in situazioni sociali
- Ritiro sociale
- Eccessiva richiesta di attenzione attraverso comportamenti sia positivi che negativi
- Mostrare ansia, paura ed evitamento
- Sfiducia e ridotta o assente socialità
- Aggressività verbale
- Vissuti di colpa
- Difficoltà di apprendimento
- Comportamenti aggressivi
- Avere incubi notturni sul trauma e presentare difficoltà del sonno
- Disturbi psicosomatici (mal di stomaco e mal di testa)
- Paura verso gli adulti che ricordano l'evento traumatico
- Paura di essere separati dal genitore/caregiver
- Difficoltà di concentrazione e/o di apprendimento a scuola
- Presentare disturbi del sonno
- Riprodurre l'evento traumatico/abusivo
- Sfiducia e bassa autostima
- Irritabilità, tristezza e ansia
- Ridotto sviluppo delle competenze
- Spaventarsi facilmente
- Enuresi o altri comportamenti regressivi

Fattori di protezione: Rafforzare la resilience nei bambini piccoli e nelle famiglie

Gli effetti delle esperienze traumatiche sui bambini sono preoccupanti, ma non tutti i bambini sono colpiti allo stesso modo, né allo stesso livello. I bambini e le famiglie in possesso di competenze, risorse psicologiche e resilience, anche se esposti a un trauma significativo, sono in grado di proteggersi dai danni a lungo termine.

“I bambini e le famiglie in possesso di competenze, risorse psicologiche e resilience, spesso sono in grado di fronteggiare il trauma e di ripararsi dai danni a lungo termine”

La comunità può fare molto per mobilitarsi in favore dei bambini, per assicurare i servizi di protezione.

Come genitori / tutori possono sostenere e aiutare i bambini esposti al trauma

La presenza affidabile di un genitore/caregiver positivo, premuroso e protettivo ha una funzione indispensabile nel proteggere il bambino da eventi avversi. I genitori sono una risorsa costante per i figli, incoraggiandoli a parlare delle esperienze, fornendo loro la rassicurazione che gli adulti stanno provvedendo a garantire la necessaria sicurezza.

- [Child Welfare Information Gateway: Enhancing Protective Factors](#)
- [Scholastic-Early Childhood Today: Resilience: Where does It Come From?](#)

Riconoscere il trauma e assicurare servizi ai bambini esposti a traumi: i professionisti

A causa dei rischi particolari di sviluppo associati a esperienze traumatiche dei bambini piccoli, è essenziale che i soggetti vulnerabili siano riconosciuti il più presto possibile. Molte risorse tra cui i sistemi sanitari, i programmi di intervento precoce, i servizi sociali per minori, Head Start, i programmi di assistenza e di educazione dell'infanzia svolgono un ruolo importante nel riconoscere i bambini, e nel collegare le loro famiglie con i servizi.

Alcuni di questi sistemi stanno recentemente orientandosi a formulare domande specifiche su eventuali esperienze traumatiche nei loro protocolli di valutazione, come ad esempio domande sulla violenza domestica nelle famiglie o altre più specifiche sugli infortuni, la perdita di familiari, e/o storie sanitarie particolari-

La serie NCTSN "Bambini piccoli e Trauma: Collaborazioni nel sistema dei servizi", fornisce consulenza agli operatori dei servizi.

[NCTSN Learning Center for Child and Adolescent Trauma.](#)

Per i professionisti della salute mentale

Assessment

La valutazione del trauma nei bambini piccoli deve concentrarsi sul problema nel contesto dello sviluppo globale del bambino. Queste informazioni possono essere raccolte anche tramite interviste ai genitori/tutori significativi nella vita del bambino, l'osservazione della relazione genitore/caregiver-bambino e strumenti di valutazione standardizzati. La valutazione clinica deve comprendere un approfondimento della specificità dell'esperienza traumatica (s) tra cui:

- le reazioni del bambino e dei genitori/tutori
- i cambiamenti nel comportamento del bambino
- le risorse dell'ambiente per stabilizzare il bambino e la famiglia
- la qualità delle relazioni di attaccamento primario del bambino
- la capacità dei genitori/tutori per facilitare un appropriato sviluppo socio-emotivo, psicologico e cognitivo del bambino

Strumenti per la valutazione dello Stress Traumatico nei bambini piccoli

Di seguito è riportato un elenco di alcuni degli strumenti standardizzati utilizzati all'interno del NCTSN per valutare lo stress traumatico nei bambini piccoli.

- Child Behavior Checklist (CBCL): Achenbach e Rescorla (2001)—aged 1½–5
- Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview and Observation Record: Scheeringa and Zeanah (1994)—aged 0–4
- Posttraumatic Symptom Inventory for Children (PT-SIC): Eisen (1997)—aged 4–8
- Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): Egger and Angold (1999)—aged 2–5
- PTSD Symptoms in Preschool Aged Children (PTSD-PAC): Levendosky, Huth-Bocks, Semel, and Shapiro (2002)—aged 3–5
- Traumatic Events Screening Inventory-Parent Report Revised (TESI-PRR): Ghosh et al. (2002)—aged 0–6
- Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Briere et al. (2001)—aged 3–12
- Violence Exposure Scale for Children-Preschool Version (VEX-PV): Shahinfar, Fox, and Leavitt (2000)—aged 4–10
- Violence Exposure Scale for Children-Revised Parent Report (VEX-RPR): Shahinfar, Fox, and Leavitt (2000)—for parents of preschool-aged children aged 4–10

Strumenti per la valutazione dello stress familiare e i punti di forza

- Life Stressor Checklist—Revised (LSC-R): Wolfe, Kimerling, Brown, Chrestman, and Levin (1996)
- Parenting Stress Index (PSI): Abidin (1995)
- Davidson Trauma Scale (DTS): Davidson (1996)

Quando si compie la diagnosi di un bambino è inoltre importante valutare i ritardi dello sviluppo (ad esempio, il livello motorio, lo sviluppo del linguaggio, lo sviluppo sensoriale), che possono indicare la necessità di integrare gli interventi (ad esempio, terapia occupazionale, logopedia, fisioterapia). Ed è spesso utile consultare e/o di collaborare con questi professionisti (approccio integrato).

Per i professionisti medici

Screening per la valutazione della salute

Bambini più piccoli si vedono a intervalli regolari nel sistema sanitario pediatrico, e ciò permette di identificare traumi ricorrenti nella prima infanzia.

I medici e i professionisti della sanità svolgono un ruolo importante nel diminuire i rischi e massimizzare i fattori protettivi associati all'esposizione di eventi traumatici nei bambini piccoli. Essi possono fornire informazioni per prevenire ed esplorare eventuali esperienze stressanti e traumatiche nei colloqui con le famiglie.

Risorse per identificare stress traumatico nei bambini piccoli

Risorse online

[Child Trauma Academy](#)

Groves, B. M., & Augustyn, M. (2009), [Pediatric Care Settings](#) (PDF), Moving From Evidence to Action: The Safe Start Series on Children Exposed to Violence, Issue Brief #2, U.S. Department of Justice.

[Health Care Toolbox](#)

[Injury—A Risk at Any Stage of Life \(2006\)](#) (PDF)

Articoli:

Cohen, J. A., Kelleher, K. J., & Mannarino, A. P. (2008). Identifying, treating, and referring traumatized children: The role of pediatric providers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(5), 447-452.

Dehon, C., & Scheeringa, M. S. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 431-435.

Educatori dell'infanzia

Gli educatori possono chiedere informazioni sulla sicurezza dei bambini, offrire risorse per ristabilire la sicurezza nelle famiglie e, soprattutto, sostenere l'apprendimento dei bambini piccoli attraverso relazioni e routine prevedibili a scuola.

Risorse per gli educatori

Online

Center on the Social and Emotional Foundations for Early Learning For Teachers/Caregivers


[Resources: Practical Strategies for Teachers/Caregivers](#)

[Resources: Family Tools](#)

[Head Start Bulletin #73: Child Mental Health \(2002\)](#) (PDF)

[Head Start Bulletin #80: Mental Health \(2009\)](#) (PDF)

NCTSN

[Child Trauma Toolkit for Educators/Caja de Herramientas Para Educadores Para el Manejo de Trauma Infantil](#) (2008) 

Scholastic.com

[Scholastic Series for Teachers](#)

[Scholastic Early Childhood Today—"Meeting Learning Challenges: Working With the Child Who Has PTSD"](#)

[Scholastic—Early Childhood Today—"Death and Loss: Helping Children Manage Their Grief"](#)

Articoli e libri

Rice, K. F., & Groves, B. M. (2005). Hope and healing: A caregiver's guide to helping young children affected by trauma. Washington, D.C.: Zero to Three Press.

Per i giudici minorili

I giudici dei tribunali minorili dovrebbero conoscere lo sviluppo del bambino e gli effetti del trauma infantile, per essere in grado di prendere le decisioni relative alla sicurezza dei bambini maltrattati e trascurati, per migliorare la vita dei bambini che hanno assistito a violenza domestica, e di assumere provvedimenti per la loro custodia.

Risorse Online

NCTSN

[Helping Traumatized Children: Tips for Judges](#) (2009) (PDF) 

[Judges and Child Trauma](#) (2008) (PDF)

Safe Start Center

[A Judicial Checklist for Children and Youth Exposed to Violence](#) (PDF)

Risorse multimediali

0-3 anni

Helping Babies from the Bench: Using the Science of Early Childhood Development in Court (DVD): To access an order form to request this DVD, [click here](#)

Organizzazioni di volontariato

Le organizzazioni comunitarie hanno una conoscenza approfondita delle risorse e delle sfide presenti nella loro comunità. Essi svolgono un ruolo fondamentale nel collegare le famiglie alle risorse. Promuovere le capacità delle famiglie e aumentare l'accesso alle cure può aiutare le famiglie ad attivare il processo di recupero.

Risorse per gli organismi comunitari

[Psychological First Aid Field Operations Guide, 2nd Edition](#)

[Psychological First Aid Field Operations Guide for Community Religious Professionals](#)

Aiutare i bambini esposti al trauma: per famiglie

Quando i bambini più piccoli sperimentano un fattore di stress traumatico, la loro prima risposta è, di solito, cercare rassicurazioni da parte degli adulti che si prendono cura di

loro. Gli adulti più importanti nella vita di un bambino sono i suoi caregivers e i genitori. Questi gli adulti possono aiutare a ristabilire sicurezza e stabilità:

- Rispondendo alle loro domande con linguaggio comprensibile, in modo che possano sviluppare una comprensione degli eventi e dei cambiamenti nella loro vita
- Sviluppando piani di sicurezza per la famiglia
- Impegnandosi in attività adeguate all'età del bambino stimolando la mente e il corpo
- Divertendosi e rilassandosi insieme
- Arricchendo il proprio vocabolario affettivo
- Rispettando le tradizioni familiari favorendo la vicinanza delle persone amate, per esempio, attraverso racconti, feste, riunioni durante le vacanze, viaggi
- Monitorando i cambiamenti nei comportamenti
- Sollecitando il bambino a “tornare in pista”
- Garantendo la normale routine e le regole con costanza e pazienza
- Offrendo amore e affetto

Gli adulti più importanti per il bambino sono i suoi genitori/caregivers. Questi adulti hanno un ruolo centrale nel contribuire a ristabilire sicurezza e stabilità.

Risorse NCTSN

[After the Hurricane: Helping Young Children Heal](#) (PDF)

[Helping Young Children and Families Cope with Trauma](#) (PDF)

Altre risorse

[After the Injury](#)

[Center on Social and Emotional Foundations for Early Learning Resources: Family Tools "Talking with Children About Natural Disasters"](#)

Quando chiedere un aiuto per il bambino

Per molti bambini colpiti da un'esperienza traumatica, l'aiuto più efficace è la rassicurazione e il confort offerto dai genitori e dagli operatori sanitari di fiducia. Tuttavia, in caso di gravità e persistenza (più di un mese dall'evento) dei sintomi e se il trauma colpisce anche coloro che sono più vicini al bambino, è consigliabile cercare aiuto.

I genitori/tutori potrebbero consultare il proprio pediatra, l'insegnante, e/o uno specialista della salute mentale. Alla luce della tenera età del bambino e dell'importanza dei genitori/tutori nella vita del bambino, il trattamento dovrebbe attivamente coinvolgere gli adulti. Di seguito, una sintesi di trattamenti studiati appositamente per i bambini.

Trattamenti per bambini e famiglie

Con il crescente riconoscimento sulla prevalenza e l'impatto del trauma nei bambini più piccoli, sono stati messi a punto e testati i trattamenti terapeutici più adatti alla loro età. Questi interventi condividono molti degli stessi componenti di base. Per esempio, sono generalmente centrati sulla relazione, concentrati sulla guarigione e il sostegno della relazione genitore-figlio.

Di seguito sono elencati i trattamenti risultati più efficaci

Terapia cognitivo-comportamentale (CBT-AF) per bambini in età prescolare (Chalk & King, 1998; Kolko & Swenson, 2002).

Attaccamento, autoregolazione e sviluppo delle competenze (ARC) per famiglie con bambini che hanno sperimentato stress traumatico multiplo e/o prolungato. ARC individua tre ambiti specifici che sono rilevanti per la futura resilience.

Risorse NCTSN

[ARC: Attachment, Self-Regulation, and Competency: A Comprehensive Framework for Intervention with Traumatized Youth](#) (PDF) [Fact Sheet]

[Attachment, Self-regulation, & Competency \(ARC\) Outcome Trial](#)

Child-Parent Psychotherapy(CPP)

CPP è un approccio integrato rivolto alla diade genitore-bambino e centrato sull'interazione nei casi di violenza familiare.

[CPP: Child-Parent Psychotherapy](#) (PDF) [Fact Sheet]

Parent-Child Interaction Therapy(PCIT) è un intervento psico-educativo rivolto al genitore che insegna specifiche tecniche di gestione del comportamento con il bambino che ha subito un trauma.

[PCIT: Parent-Child Interaction Therapy](#) (PDF) [Fact Sheet]

Preschool PTSD Intervention

L'intervento Preschool PTSD è un protocollo specifico di terapia cognitivo-comportamentale che coinvolge i genitori/caregiver in ogni seduta.

Il trattamento è focalizzato su sintomi di PTSD ed include training di rilassamento, esposizione graduale al materiale traumatico e compiti a casa. Il protocollo prevede anche l'intervento su problemi relazionali genitori-figlio. Questo intervento è stato sviluppato da Michael Scheeringa, MD, Judith Cohen, MD, e Lisa Amaya-Jackson, MD, ed è disponibile gratuitamente contattando il Dr. Scheeringa a mscheer@tulane.edu.

La Terapia cognitivo-comportamentale Trauma Focused (TF-CBT) è stata sviluppata da Judith Cohen, MD, Antonio Mannarino, PhD, e Esther Deblinger, PhD originariamente per bambini con sintomi post-traumatici a seguito di un abuso sessuale.

Il trattamento è rivolto al bambino e al genitore non offending che apprende come gestire lo stress del figlio e il proprio, come migliorare la comunicazione familiare ecc.

I bambini che partecipano al TF-CBT mostrano un significativo miglioramento nelle loro reazioni di paura, nei sintomi depressivi, nei comportamenti sessualizzati inappropriati e nell'autostima.

Risorse NCTSN

[How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy](#) (PDF) [Manual]

[TF-CBT Web](#)

[Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy \(TF-CBT\) \(PDF\) \[Fact Sheet\]](#)

Bibliografia e Links

Abidin, R. R. (1995). Parenting Stress Index: Professional manual (3rd ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Manual for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) school-age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Beach, P. S., & McCormick, D. P. (1997). Maintaining health in the infant and preschool child. In C. W. Daeschner, & C. J. Richardson (Eds.), *Pediatrics: An approach to independent learning* (pp. 87-103). Baltimore: Johns Hopkins Press.

Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., et al. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and exposure to abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect*, 25(8), 1001-1014.

Chalk, R., & King, P. A. (Eds.). (1998). *Violence in families: Assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC: National Academy Press.

Crusto, C. A., Finley, M., Kaufman, J., Griffin, A., Berson, I., & Garcia-Casellas, M., et al. (2009, March). Characteristics of children presenting to early childhood mental health systems of care. Paper presented at the annual research conference of the Research & Training Center (RTC) for Children's Mental Health, Tampa, FL. Retrieved November 6, 2009,

<http://rtckids.fmhi.usf.edu/rtcconference/handouts/pdf/22/Session%2011/Whitson.pdf>

Davidson, J. R. T. (1996). *Davidson Trauma Scale*. North Tonawanda, NY: MHS Inc.

Dicker, S., Gordon, E., & Knitzer, J. (2001). Improving the odds for the healthy development of young children in foster care. New York: Columbia University, National Center for Children in Poverty. Retrieved October 19, 2009, from <http://www.ithaca.edu/mbentley/pdf/dicker.pdf>

Egger, H., & Angold, A. (1999). *The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children*. Durham, NC: Duke University, Center for Developmental Epidemiology.

Egger, H., & Angold, A. (2004). Stressful life events and PTSD in preschool children. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Washington, DC.

Eisen, M. (1997). Post Traumatic Symptom Inventory for Children. Unpublished data, California State University, Department of Psychology.

Fantuzzo, J., Boruch, R., Beriama, A., & Atkins, M. (1997). Domestic violence and children: Prevalence and risk in five major U.S. cities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 116-122.

Ghosh-Ippen, C., Ford, J., Racusin, R., Acker, M., Bousquet, K., Rogers, C., et al. (2002). Traumatic Events Screening Inventory: Parent report revised. San Francisco: The Child Trauma Research Project of the Early Trauma Network and The National Center for PTSD Dartmouth Child Trauma Research Group.

Grossman, D. C. (2000). The history of injury control and the epidemiology of child and adolescent injuries. *The Future of Children*, 10(1), 4-22.

Kolko, D. J., & Swenson, C. C. (2002). Assessing and treating physically abused children and their families: A cognitive behavioral approach. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Semel, M. A., & Shapiro, D. L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(2), 150-164.

National Child Traumatic Stress Network (2009). [Core Data Set]. Unpublished data.

Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (1994). PTSD semi-structured interview and observation record for infants and young children. New Orleans: Tulane University Health Sciences Center, Department of Psychiatry and Neurology.

Shahinfar, A., Fox, N. A., & Leavitt, L. A. (2000). Preschool children's exposure to violence: Relation of behavior problems to parent and child reports. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 115-125.

Taylor, L., Zuckerman, B., Harik, V., & Groves, B. M. (1994). Witnessing violence by young children and their mothers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(2), 120-123.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth & Families. (2010). Child maltreatment 2008. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Wolfe, J., Kimerling, R., Brown, P. J., Chrestman, K. R., & Levin, K. (1996). Psychometric review of the Life Stressor Checklist—Revised. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 198-201). Lutherville, MD: Sidran Press.

Wulczyn, F., Hislop, K., & Jones, B. H. (2002). The placement of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 454-475.

Links

Organizations

[Center on the Developing Child](#)

[Child Witness to Violence Project, Boston Medical Center](#)

[Children's Relief Nursery](#)

[How Kids Develop](#)

[Zero to Three](#)

Publicazioni:

Center on the Developing Child [Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain](#)

NCTSN resources

[Early Childhood Trauma Reading List](#)

Altre risorse

Elena Cohen and Barbara Walthall The National Child Welfare Resource Center for Family-Centered Practice [Silent Realities: Supporting Young Children and Their Families Who Experience Violence](#) (PDF)

William Steele The National Institute for Trauma and Loss in Children [When Cognitive Interventions Fail with Children of Trauma: Memory, Learning, and Trauma Intervention](#) (PDF)