

VALUTAZIONE NEUROPSICHIATRICA DELL'ABUSO E MALTRATTAMENTO SU MINORE

Paola De Rose, Flavia Cirillo, Paola Bergonzini, Caterina Marano, Giulia Norido,
Giulia D'Alessandro, Stefano Vicari

Dipartimento di Neuroscienze e Neuroriabilitazione, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Numerosi studi longitudinali hanno evidenziato che crescere in *ambienti familiari disfunzionali*, caratterizzati da *deprivazioni e grave inadeguatezza genitoriale*, può portare a conseguenze negative, che per effetto cumulativo (Erickson *et al.*, 2002) rischiano di ostacolare, nelle fasi di vita successive, il normale decorso della crescita fisica, cognitiva ed emotivo-relazionale del minore.

Numerosi dati clinici confermano che specifici tipi di privazioni educative, fisiche ed emotive diminuiscono significativamente il potenziale cognitivo e socio-emotivo del bambino, alterando il suo funzionamento e la crescita (Perry, 2009). I bambini trascurati sembrerebbero, rispetto alle vittime di altre forme di maltrattamento, maggiormente esposti a disturbi del linguaggio, sia in ricezione che in espressione (Gaudin, 1999) e ad una serie di difficoltà a scuola, che rendono spesso necessaria la richiesta di un sostegno.

I dati clinici dimostrano significative conseguenze negative sullo sviluppo emotivo e sociale. Nella prima infanzia si evidenziano importanti difficoltà nella comprensione emotiva, soprattutto nel distinguere la gioia dalla tristezza e le espressioni di rabbia da quelle legate ad altre emozioni negative (Shackman & Pollak, 2014; Erickson, 2002); si evidenziano inoltre frequenti problematiche legate alla bassa autostima e alla difficoltà di fidarsi dell'altro. Nella seconda infanzia si riscontrano problemi scolastici, spesso legati a deficit cognitivi e alla mancanza di creatività e flessibilità nel processo di *problem solving*. Sono frequenti, inoltre, problemi comportamentali e condotte impulsive. In età adulta si riscontrano, oltre a importanti deficit cognitivi, un marcato isolamento e ritiro sociale che si accompagna all'incapacità di entrare in relazione con gli altri.

Il meccanismo neurobiologico alla base è rappresentato dal circuito della risposta dell'organismo allo stress e dalla produzione di cortisolo nei confronti del quale il cervello ha una vulnerabilità differente nelle diverse età della vita per effetto di un diverso livello di maturazione delle diverse aree cerebrali sensibili (Lupien *et al.*, 2009).

Tali meccanismi neurobiologici, sostenuti anche da studi condotti con tecniche di risonanza magnetica funzionale, ad esempio sul ruolo del circuito prefrontale mediale/amigdala nell'esperienza di emozioni negative come la paura, sia per esperienze traumatiche che non-traumatiche (Lanius *et al.*, 2010), contribuiscono a spiegare i deficit riscontrati in ambito neuropsicologico, in particolare cognitivo, nelle abilità di memoria Visiva e Verbale, *Working Memory*, Attenzione (uditiva e visiva), Inibizione della risposta, Discriminazione di emozioni, nelle abilità accademiche (Hart & Rubia, 2012).

Il ruolo della valutazione Neuropsichiatrica si inserisce in maniera significativa all'interno di quella finestra temporale di sviluppo che corrisponde al periodo sensibile in cui si stabilisce la fragilità sul piano psicopatologico. Un modello che può aiutare a comprendere cosa stia succedendo nella traiettoria di sviluppo del bambino è rappresentato dalla diagnosi dimensionale fornita dal modello a Domini Funzionali proposto da Moltalvo-Ortiz JL (Moltalvo-Ortiz *et al.*, 2016), rappresentato da un Dominio di Sistema di valenza negativa (paura, ansia, sensazione di

perdita), un Dominio di Sistema di valenza positiva (circuito di gratificazione, capacità di apprendimento, adattamento), un Dominio dell'Area Cognitiva (attenzione, memoria), un Dominio delle competenze sociali (modalità di attaccamento, capacità di comunicazione, teoria della mente), un Dominio del Sistema di Regolazione (*arousal*, ritmi circadiani).

Inoltre il sistema di classificazione (*International Classification of Disease ver. 11*, ICD-11) inserisce nei disturbi correlati allo stress il Disturbo Post Traumatico da *Stress Complex* (Cloitre *et al.*, 2013), che prevede le categorie della Disregolazione emotiva, Disturbo di Identità e Problemi Relazionali e in cui la situazione di *iperarousal* e paura sono pervasivi e si verificano in vari contesti e relazioni, indipendentemente dalla correlazione con gli stimoli traumatici e dall'esperienza di rivivere il trauma.

La letteratura riporta inoltre esiti sul piano psicopatologico che sono rappresentati a breve termine da disturbi d'ansia e della regolazione emozionale e disturbi sul piano comportamentale (Briggs-Gowan *et al.*, 2010), mentre a lungo termine, in età giovane adulta, la presenza di maltrattamento in età infantile espone l'individuo ad un rischio maggiore di disturbi quali psicosi (*Odds Ratio*-OR fino a 3,4) depressione (OR 2) e ideazione suicidaria (OR 2) (Dunn *et al.*, 2013).

Alla luce di quanto descritto, è raccomandabile effettuare un *assessment* neuropsichiatrico che includa una valutazione clinica e una batteria testologica (strutturata in base all'età del bambino) che valuti: gli aspetti neuropsicologici, il profilo psicopatologico, la diagnosi Familiare che comprenda una valutazione della struttura familiare e dei fattori di rischio e di protezione, una valutazione più specifica post traumatica e di risposta allo stress.

Un corretto *assessment* di questo profilo di funzionamento del bambino consente di individuare le aree di intervento riabilitativo e/o psicoterapeutico individuale e familiare per ridurre i fattori di rischio, ridurre i fattori di stress e incrementare le strategie di risposta allo stress, in modo da migliorare la qualità di vita a breve e a lungo termine, dal momento che l'effetto del maltrattamento va inquadrata in un'ottica longitudinale di vulnerabilità di sviluppo.

Riguardo il profilo neuropsicologico si raccomanda una valutazione del quoziente di sviluppo e intellettuale, capacità di linguaggio e decodifica, abilità di memoria, attenzione, funzioni esecutive, apprendimenti.

Riguardo al profilo psicopatologico, gli strumenti utilizzati nel protocollo dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù sono:

- K-SADSPL: *Schedule Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime*, intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti (Kaufmann, 2004);
- MASC: *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (March *et al.*, 1997);
- CDI: *Child Depression Inventory* (Camuffo *et al.*, 1988);
- CDRS: *Children Depression Rating Scale*- (età 6-12 anni) (Pozwansky *et al.*, 1979);
- CBCL/1½-5: *Child Behavior Checklist* (età 1½-5 anni) (Achenbach & Rescorla, 2001);
- CBCL/6-18: *Child Behavior Checklist* (età 6-18 anni) (Achenbach & Rescorla, 2001);
- CBCL YSR: *Child Behavior Checklist Youth Self Report* (età 11-18 anni) (Achenbach, Dumenci, 2001)
- *Conners' Parent Rating Scales long version* (Conners, 1997).

Per quanto riguarda la valutazione più specifica riguardo agli aspetti traumatici il protocollo dell'Ospedale Bambino Gesù prevede la somministrazione dei seguenti strumenti:

- TSCYC: *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (età 3-12 e 8-16 anni) (Briere, 2015);
- CSBI: *Child Sexual Behavior Inventory* (Friedrich *et al.*, 2001) (età 2-12 anni);
- IES-R: *Impact of Event Scale - Revised* (per adolescenti) (Weis & Mamer, 1997);

- PSI: *Parent Stress Index* (età 3-19) (Abidin, 1995);
- CLES: *Coddington Life Events Scales* (età prescolare, bambini e adolescenti) (Coddington, 2009)

Un corretto *assessment* di questo profilo di funzionamento del bambino consente di individuare le aree di intervento riabilitativo e/o psicoterapeutico individuale e familiare per ridurre i fattori di rischio, ridurre i fattori di stress e incrementare le strategie di risposta allo stress, in modo da migliorare la qualità di vita a breve e a lungo termine, dal momento che l'effetto del maltrattamento va inquadrata in un'ottica longitudinale di vulnerabilità di sviluppo.

Deficit neuropsicologici

Il trauma e lo stress aumentano il rischio di sviluppare molti deficit neuropsicologici riscontrabili sia nei bambini e, in alcuni casi, anche negli adulti che determinano effetti psicopatologici nel breve e lungo termine. Tra questi si segnalano:

- una riduzione del quoziente intellettivo (nei bambini ma non negli adulti);
- deficit nella memoria visiva e verbale (bambini e adulti) in particolare nel *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD);
- *working memory*;
- attenzione (uditiva e visiva);
- inibizione della risposta (bambini e adulti);
- discriminazione di emozioni (bambini ma non negli adolescenti).

Per quanto riguarda, invece, gli effetti psicopatologici riscontrabili nel breve e lungo termine si registrano quelli relativi a: disturbi d'ansia; disturbi del comportamento; depressione e ideazione suicidaria; psicosi.

In ragione di quanto sopra evidenziano le principali criticità riguardano:

- l'individuazione corretta dei casi;
- una ridotta *compliance* genitoriale;
- il rischio strumentalizzazione da parte delle famiglie.

Vi sarebbe necessità da parte dei Servizi Territoriali di investire risorse nella presa in carico dei pazienti e nella formazione del personale.

Possibili soluzioni

Una possibile soluzione per ovviare alle criticità di cui sopra per effettuare un *assessment* neuropsichiatrico potrebbe essere una valutazione clinica e una batteria testologica (strutturata in base all'età del bambino) che valuti:

- gli aspetti neuropsicologici,
- il profilo psicopatologico,
- la diagnosi familiare che comprenda una valutazione della struttura familiare e dei fattori di rischio e di protezione,
- una valutazione più specifica post traumatica e di risposta allo stress

Un corretto *assessment* di questo profilo di funzionamento del bambino consente, quindi, di individuare le aree di intervento riabilitativo e/o psicoterapeutico individuale e familiare per

ridurre i fattori di rischio, ridurre i fattori di stress e incrementare le strategie di risposta allo stress, in modo da migliorare la qualità di vita a breve e lungo termine, dal momento che l'effetto del maltrattamento va inquadrato in un'ottica longitudinale di vulnerabilità di sviluppo.

Bibliografia

- Abidin RR. *The Parenting Stress Index –PSI*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, 1995.
- Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
- Achenbach TM, Dumenci L. Advances in empirically based assessment: revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, and Fischer (2001). *J Consult Clin Psychol* 2001;69(4):699-702.
- Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Young Children*. Firenze: Hogrefe Editore; 2015.
- Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Clark R, et al. Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(10):1132-40.
- Camuffo M, Cerutti R, Lucarelli L, et al. *Child Depression Inventory – CDI*. Firenze: Giunti Ed.; 1988.
- Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, et al. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2013;4.
- Coddington RD. *Coddington Life Events Scales*. Cognitive Center Ed.: Cardiff, GB; 1997.
- Conners CK, Wells KC, Parker JD, et al. A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. *J Abnorm Child Psychol* 1997;25(6):487-97.
- Dunn EC, McLaughlin KA, Slopen N, et al. Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Depress Anxiety* 2013;30(10):955-64.
- Erickson MF, Egeland B. Child neglect. In: Myers JEB, Berliner L, Briere J, Hendrix CT, Jenny C, Reid TA (Ed.). *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002. p. 3-20.
- Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA. *Child Sexual Behavior Inventory- CSBI: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons*. *Child Maltreat* 2001;6(1):37-49.
- Gaudin JM. Jr., & U.S. Department of Health and Human Services. *Child neglect: A guide for intervention*. Washington DC; U.S. Department of Health and Human Services;1993.
- Hart H, Rubia K. Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Front Hum Neurosci* 2012;6:52.
- Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* 2010;167(6):640-7.
- Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, et al. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009;10(6):434-45.
- March JS, Sullivan, Parker JDA. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity. *J Am Acad Child Psy* 1997;36(4):554-65.
- Montalvo-Ortiz JL, Gelernter J, Hudziak J, et al. RDoC and translational perspectives on the genetics of trauma-related psychiatric disorders. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2016;171B(1):81-91.
- Perry BD. Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and Mind* 2002;3(1):79-100.

- Poznanski EO, Cook SC, Carroll BJ. A depression rating scale for children. *Pediatrics* 1979;64(4):442-50.
- Shackman JE, Pollak S. Impact of physical maltreatment on the regulation of negative affect and aggression. *Dev Psychopathol* 2014;26(4 Pt 1):1021-33.
- Weiss DS, Marmar CR. “The Impact of Event Scale – Revised” IES-R. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399–41.