



# EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

ANNO XVII  
SETTEMBRE 2018  
N 36

# Settembre 36

## Sommario

Lettera del Presidente	<b>1</b>
Relazione sulla Conferenza EMDR Europe 2018	<b>3</b>
Teoria della mente e traumi di natura psicologica: Esiti di un'indagine	<b>17</b>
Morte in culla e EMDR di gruppo	<b>20</b>
Da Cenerentola delle emozioni a filo conduttore del lavoro sul trauma	<b>24</b>
EMDR e depressione: Prospettive attuali e future	<b>31</b>
A proposito dell'attentato di Barcellona (Spagna)	<b>35</b>
Intervento crollo Ponte Morandi	<b>36</b>
EMDR Europe ri-accreditamento certificato Practitioner	<b>37</b>

# Teoria della mente e traumi di natura psicologica: esiti di un'indagine

**Daide Perrone\* Alfredo Mattioni\*\* Anselmo Fosson\***

(AUSL Valle d'Aosta)

## *Abstract*

*Il contributo presenta gli esiti di uno studio volto ad esplorare la relazione tra i traumi psicologici e la teoria della mente, intesa come la capacità di un individuo di attribuire stati mentali a sé stessi e ad altri individui e di utilizzare tale conoscenza per spiegare e prevedere il proprio e altrui comportamento (Premack e Woodruff 1978). Tale capacità si fonda sul paradigma della Social Cognition (Arcuri, L., Zogmaister, C 2007), ovvero, quell'approccio cognitivo in base alla quale la persona viene considerata come un individuo attivo in grado di elaborare le informazioni provenienti dall'ambiente in modo da orientare il proprio comportamento. In particolare si è cercato di indagare, se i traumi di natura psicologica possono nel tempo creare dei deficit di teoria della mente (ToM). La ricerca è stata condotta attraverso la raccolta di dati clinici di pazienti con problematiche di tipo traumatico afferenti al Servizio di psicotraumatologia della AUSL Valle d'Aosta, e la relativa analisi statistica. I dati riferibili alla teoria della mente, sono stati raccolti attraverso il questionario THOMAS (Theory Of Mind Assessment Scale, Francesca M., Bosco L., Colle R., Pecorara S., Tirassa M.), ideato per indagare il funzionamento della teoria della mente sia in persone sane sia in soggetti con disturbi psicopatologici, per valutarne il grado di compromissione*

## **1. Definizione dell'oggetto di ricerca**

La ricerca presentata in questo contributo ha lo scopo di analizzare eventuali relazioni tra i traumi di natura psicologica/fisica e la comparsa di deficit di teoria della mente. In letteratura vengono riportate alcune specifiche correlazioni tra gli eventi di vita negativi e le abilità di social cognition (Mazza M., Pino M.C., Tempesta D., Catalucci A., Masciocchi C., Ferrara M.). In particolare, viene sottolineata una caduta significativa della capacità di empatizzare nei soggetti che hanno subito un trauma (Belsher, B., Ruzek, J., Bongar, B., Cordova, M. 2012). Nello specifico alcuni ricercatori hanno rilevato un calo di empatia nei soggetti che hanno una diagnosi di PTSD (Mazza M., Pino M.C., Tempesta D., Catalucci A., Masciocchi C., Ferrara M.).

A partire da tali evidenze, il presente studio intende analizzare se vi sia relazione tra la presenza e la tipologia (psichica o fisica) di un trauma e il livello di abilità di ToM relativo alle tre aree della consapevolezza, relazione e realizzazione degli stati mentali propri e altrui (deficit di identificazione empatica). Si intende inoltre esplorare se vi siano altre diagnosi (relative alla situazione clinica dei pazienti considerati) in relazione con tali abilità di ToM.

## **2. Temi dell'indagine**

L'attualità della ricerca sulle capacità di empatizzare dei soggetti in trattamento psicoterapico ha da sempre incuriosito i ricercatori, i quali sostengono che un buon risultato psicoterapico sia in larga misura correlato ad una altrettanto buona capacità del paziente di identificarsi empaticamente con la realtà circostante (Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. 2002). Negli ultimi anni, l'attenzione si è

\* Dirigente Psicologo Ambulatorio di Alta Specializzazione di Psicotraumatologia, Struttura Semplice dipartimentale di Psicologia, AUSL Valle d'Aosta.

\*\* Dirigente Psicologo Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale di Psicologia, AUSL Valle d'Aosta.

focalizzata anche sulle manifestazioni e l'utilizzo della ToM nel contesto personale e interpersonale della seduta psicoterapeutica. Alcuni studiosi si sono chiesti quali abilità metacognitive un individuo debba possedere, e in quale misura, per poter iniziare una psicoterapia, e come sia possibile potenziare tali abilità quando risultano deficitarie (Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. 2002). Per poter iniziare una psicoterapia, il paziente deve infatti saper riconoscere e identificare, almeno in parte, i propri stati mentali. Pertanto, nel limite possibile della ricerca, si ipotizza di evidenziare quali potrebbero essere i traumi che potrebbero interferire con la suddetta capacità di metacognizione, a partire dal presupposto che l'impatto del trauma sulle funzioni mentali si ripercuote sulla mentalizzazione. La funzione riflessiva, o mentalizzante, infatti, consiste nell'attribuzione agli altri di credenze e desideri per spiegarne e prevederne il comportamento (Fonagy P., Target M. 1997). Lo sviluppo della mentalizzazione richiede una relazione di attaccamento sicura. Nel contesto della "base sicura" della relazione di attaccamento, il bambino diventa infatti capace di interpretare le azioni del caregiver sulla base di stati mentali intenzionali, acquisisce, cioè, la capacità di comprendere le emozioni proprie e altrui e quindi il legame sociale e la consapevolezza autoriflessiva. Infatti, il Sé riflessivo è il prodotto della funzione riflessiva o mentalizzante, che permette al bambino di leggere la mente delle persone che si prendono cura di lui attribuendo loro desideri, scopi, emozioni, sì che egli possa rendere prevedibile il loro comportamento e adattarsi flessibilmente (Fonagy P., Target M. 2001). Alcuni autori anglosassoni, ipotizzano che questa caratteristica, ovvero di mentalizzare abbia costituito per gli individui e i gruppi che la possedevano un vantaggio evolutivo in termini di comprensione e previsione del comportamento altrui. Tuttavia attaccamento e mentalizzazione procedono insieme fino a un certo punto. In caso di esperienza traumatica, si attiva il sistema dell'attaccamento, legato agli oppioidi endogeni, e, parallelamente, si inibiscono i comportamenti esplorativi (il sistema operativo-emozionale della ricerca, dopaminergico). Il conflitto tra i sistemi motivazionali della paura e della rabbia (ipertono catecolaminergico) concorre ad inibire la mentalizzazione (Mitchell S. A. 2000). Pertanto relazioni di attaccamento insicure, evitanti, disorganizzate, e tutto l'insieme dello sviluppo traumatico determinano un deficit riflessivo, per cui il trauma spinge il bambino a ricercare la vicinanza della figura di attaccamento per sentirsi sicuro, ma questo alimenta la dipendenza dalla figura maltrattante. Proprio in funzione del fatto che il deficit di mentalizzazione compromette lo stabilirsi di confini definiti tra il Sé e l'oggetto, il caregiver non responsivo e traumatizzante verrà introiettato come "Sé alieno", costituendo un oggetto interno persecutorio (Mitchell S. A. 2000).

### 3. Strumenti e metodi

La ricerca ha coinvolto un campione costituito da 63 pazienti presi in carico dall'Ambulatorio di Psicotraumatologia dell'AUSL Valle d'Aosta nel primo semestre del 2017.

A tutti i soggetti sono stati somministrati la scala SCL-90 (Test completo per configurare i sintomi psicologici) per determinare il tipo di sofferenza psicopatologica e il test THOMAS (Theory Of Mind Assessment Scale). Il THOMAS è composto da domande aperte, che lasciano l'intervistato libero di esprimere e articolare il proprio pensiero. L'intervistatore, può chiedere sistematicamente esempi reali che arricchiscano e contestualizzino le risposte fornite. Le domande dell'intervista sono organizzate in quattro scale, che riflettono i diversi domini di conoscenza nei quali la teoria della mente può manifestarsi:

- **Scala A, Io-Me**, che riguarda la conoscenza che il soggetto intervistato ha dei propri stati mentali, (ad esempio, «Sono infelice», «Credo di non piacere alle altre persone»);
- **Scala B, Altro-Sé**, che esplora la conoscenza che si attribuisce alle altre persone rispetto ai loro stati mentali. (ad esempio, «Gli altri credono di avere successo», «Le altre persone fanno quello che vogliono»);
- **Scala C, Io-Altro**, che rileva la conoscenza che, secondo il soggetto, le altre persone hanno degli stati mentali del soggetto stesso (ad esempio, «Gli altri pensano che io sia un inetto», «Credono che io non sia capace di ottenere quello che voglio»);
- **Scala D, Altro-Me**, che concerne la conoscenza che il soggetto ha degli stati mentali delle altre

persone (ad esempio, «Credo che le altre persone ottengano quello che vogliono»).

Ciascuna scala si suddivide ulteriormente in tre sotto-scale che esplorano rispettivamente le dimensioni di consapevolezza, relazione e realizzazione degli stati mentali propri e altrui. Tali dimensioni vengono definite di seguito (Francesca M., Bosco L., Colle R., Pecorara S., Tirassa M., 2006)

- **La consapevolezza** è la capacità che il soggetto ha di percepire e differenziare in sé e negli altri credenze, desideri ed emozioni; riconoscere tipi differenti di stati mentali è infatti una preconditione necessaria per poter comprendere le relazioni causali che li legano l'uno all'altro e al mondo esterno;
- **La relazione** è la capacità del soggetto di cogliere le relazioni causali tra i diversi stati mentali e tra questi e i comportamenti che ne discendono, (ad esempio: «Quando penso che gli altri possano esprimere un giudizio negativo su di me non riesco a fare più niente, mi paralizzò»); connettere e integrare i differenti stati mentali e capirne le relazioni reciproche e le connessioni bidirezionali rispetto alle percezioni e alle azioni è necessario per poter elaborare una teoria che spieghi tutte queste relazioni;
- **La realizzazione** è l'effettiva capacità di mettere in atto strategie per raggiungere gli obiettivi desiderati, ad esempio, «Quando penso che qualcuno possa farsi un'opinione negativa su di me divento ansioso, ma poi penso che tanto non posso piacere a tutti.

La siglatura delle risposte viene fatta sul trascritto dell'intervista. Il siglatore attribuisce a ciascuna risposta un punteggio da 0 a 4. Qui di seguito si evidenziano i criteri dei punteggi (Francesca M., Bosco L., Colle R., Pecorara S., Tirassa M., 2006).

0= il soggetto fa scena muta o non risponde, o fornisce risposte distaccate dalla realtà.

1= risposte confuse e non congruenti alla domanda.

2= risposte che non abbiano correttamente centrato la prospettiva richiesta dalla domanda.

3= risposte non molto articolate che, per quanto coerenti e congruenti, risultino generiche, stereotipate, o scarsamente contestualizzate.

4= risposte coerenti, particolareggiate e organizzate, con le quali l'intervistato fornisca esempi significativi, congruenti e ben contestualizzati.

Le informazioni derivanti dai test somministrati sono state incrociate con la tipologia di trauma subito dal soggetto (fisico o psichico) e il tempo intervenuto tra l'evento traumatico e la presa in carico da parte del Servizio di psicotraumatologia. Si sono poi considerate alcune variabili di sfondo quali l'età, il genere, l'origine etnica, il titolo di studio, la situazione occupazionale dei pazienti.

L'analisi statistica è stata condotta con il programma IBM SPSS statistic 24

## 4. Risultati

### 4.1 Caratteristiche generali del campione

Il campione preso in esame è costituito da 63 soggetti di cui il 71,4% di genere femminile e il 28,6% di genere maschile.

Tale dato rispecchia verosimilmente i dati epidemiologici relativi alla diffusione dei maltrattamenti (ISTAT Istituto Nazionale di Statistica 2017). L'età media è di 43,9 anni (ds 12,0; min 16 – max 74). Metà del campione è di origine valdostana, il resto è costituito da pazienti di origine prevalentemente italiana, solo 8 sono stranieri. Tranne tre casi, i soggetti considerati risiedono in Valle d'Aosta, prevalentemente (63,5%) nel Comune di Aosta. Il titolo di studio è medio basso (solo 6 pazienti hanno conseguito la laurea). Il 74,2% del campione svolge un'attività lavorativa o studia.

### 4.2 Situazione clinica

In generale tutti i soggetti del campione hanno subito un trauma di natura psichica (50,8%) o fisica (49,2%). Tale trauma è stato subito mediamente 9,5 anni prima dell'accesso al servizio (ds 8,7, min 0, max 29, con una prevalenza di soggetti il cui trauma si è presentato entro i 5 anni precedenti). Il punteggio medio ottenuto dal campione sulla scala SCL-90 è pari a 59,4 (ds 7,6) e evidenzia quindi un livello medio-alto di sofferenza psicopatologica. Più in specifico, la diagnosi effettuata in base al colloquio clinico evidenzia il quadro riportato in fig. 1.

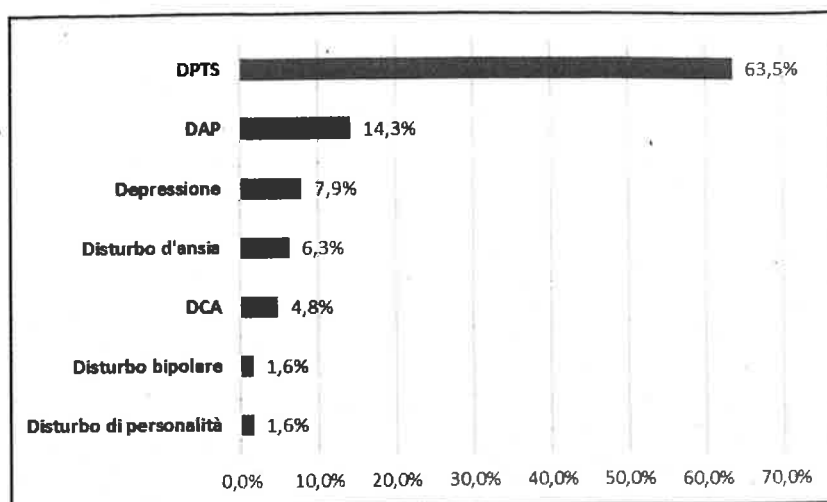


Figura 1 - Diagnosi clinica

La distribuzione diagnostica evidenzia una prevalenza di DPTS (63,5%) e di disturbo da attacco di panico (14,3%). Rispetto alla Teoria della Mente, il test THOMAS evidenzia un punteggio leggermente più alto nella scala A (io-me) rispetto alle altre scale (tab. 1).

Da tale tabella si evince che il risultato della scala io-me è più alto rispetto al punteggio di tutte le altre

Scala ToM

	Scala A: io-me	Scala B: altro-sé	Scala C: io-altro	Scala D: altro-me
Media	2,78	2,51	2,40	2,05
Ds	0,77	0,78	0,68	0,75

Tabella 1 - punteggi Test THOMAS

scale. Pertanto tale risultato indica che la conoscenza dei propri stati mentali rispetto agli stati mentali altrui sia più teorizzata sulla mente propria. Questo perché vi sono più riflessioni sul proprio modo di pensare, sentire e agire. In modo diverso risulta meno consapevolezza dello stato mentale altrui.

#### 4.3 Analisi delle relazioni tra esperienza traumatica e teoria della mente

L'analisi statistica effettuata suggerisce la presenza di una relazione tra la sofferenza psicopatologica e la teoria della mente in rapporto alla tipologia di trauma subito dal paziente (fisico o psicologico) e alla distanza temporale intercorsa tra l'evento traumatico e il percorso terapeutico.

La sofferenza psicopatologica (rilevata dall'SCL-90) è maggiore nei pazienti che hanno subito un trauma di tipo fisico. Essi, infatti, presentano punteggi significativamente più alti rispetto ai pazienti con trauma di tipo psicologico (tab. 2).

Tipo di trauma		SCL-90
Fisico	media	61,97
	N	31
	ds	8,175
Psicologico	media	56,91
	N	32
	ds	6,21
Totale	media	59,40
	N	63
	ds	7,62

Tabella 2. Relazione tra tipo di trauma subito e sofferenza psicopatologica<sup>1</sup>

La presenza di un trauma di tipo fisico incide anche sulla scala A (io-me) del test THOMAS, ossia sulla conoscenza che il soggetto ha del proprio stato mentale (tab. 3). Pertanto chi ha subito un trauma di tipo fisico rispetto a quello psicologico tende ad esprimere una conoscenza sugli stati mentali propri con più difficoltà. Infatti, si riscontra una perdita sui propri pensieri, sulle emozioni e sulle proprie credenze che causano reciproche relazioni.

Tipo di trauma		Scala A: io-me
Fisico	<i>media</i>	2,55
	<i>N</i>	31
	<i>ds</i>	0,85
Psicologico	<i>media</i>	<b>3,00</b>
	<i>N</i>	32
	<i>ds</i>	0,622
Totale	<i>media</i>	2,78
	<i>N</i>	63
	<i>ds</i>	0,77

Tabella 3. Relazione tra tipo di trauma subito e ToM<sup>2</sup>

Se si considera la situazione clinica dei pazienti (sia con trauma fisico, sia con trauma psicologico) in rapporto al periodo trascorso tra l'evento traumatico e la presa in carico in Psicotraumatologia, si osserva una relazione significativa con le scale A (io-me) e D (altro-me) del test THOMAS<sup>3</sup>. In entrambi i casi i punteggi ottenuti al test crescono man mano che il trauma si allontana nel tempo, ovvero più il trauma è distante, più la conoscenza di sé aumenta. Si può ipotizzare che tale ricordo si cristallizza nella cosiddetta memoria traumatica. Pertanto si riscontra un aumento dell'attivazione cognitiva ed emotiva riferita al ricordo dell'evento traumatico. In particolare, in caso di trauma fisico aumentano i punteggi nelle scale A (io-me), B (altro-sé) e D (altro-me)<sup>4</sup>. La scala C (io-altro), ovvero, la conoscenza che dal punto di vista del soggetto, le altre persone hanno degli stati mentali del soggetto stesso, non correla in modo significativo con gli anni dal trauma di tipo fisico. È probabile che tale scala abbia un punteggio più basso rispetto alle altre scale, in quanto il soggetto, esperisce l'altro come elemento di disagio e di paura, ipotizzando che il trauma fisico sia stato causato da persone e non da cose.

Nel caso del trauma di tipo psicologico, si osserva invece una relazione tra il tempo trascorso e la sofferenza psicopatologica complessiva (rilevata con la scala SCL-90). I punteggi ottenuti dai pazienti sono tanto più elevati quanto più l'evento traumatico è lontano nel tempo. In prossimità temporale al trauma, potrebbe non essersi ancora creata una sintomatologia di tipo psicopatologico strutturata e radicata. Ciò di fatto fa rilevare l'importanza di avviare precocemente interventi di contrasto all'evento traumatico<sup>5</sup>.

Considerando infine la diagnosi clinica, si osserva che i pazienti con DPTS (che sono la maggioranza del campione), ottengono punteggi significativamente più bassi dei restanti soggetti, sia nella scala A (io-me) sia nella scala D (altro-me) (tab. 4).

<sup>1</sup> Anova:  $F=7,681$ ,  $p < 0,00$ .

<sup>2</sup> Anova:  $F=5,917$ ,  $p < 0,01$ .

<sup>3</sup> Anni dal trauma - Scala A: correlazione di Pearson: 0,317,  $p < 0,01$ .

Anni dal trauma - Scala D: correlazione di Pearson: 0,336,  $p < 0,00$ :

<sup>4</sup> Anni dal trauma fisico - Scala A: correlazione di Pearson: 0,494,  $p < 0,00$ .

Anni dal trauma fisico - Scala B: correlazione di Pearson: 0,397,  $p < 0,02$ .

Anni dal trauma fisico - Scala D: correlazione di Pearson: 0,336,  $p < 0,00$ .

<sup>5</sup> Anni dal trauma psicologico - Scl-90: correlazione di Pearson: 0,385,  $p < 0,03$ .

Diagnosi		Scala A: io-me	Scala D: altro-me
DPTS	media	<b>2,53</b>	<b>1,88</b>
	N	40	40
	ds	0,75	0,68
Altre diagnosi	media	3,22	2,35
	N	23	23
	ds	0,60	0,77
Totale	media	2,78	2,05
	N	63	63
	ds	0,77	0,75

Tabella 4. Relazione tra diagnosi clinica e ToM<sup>6</sup>

Tali scale esplorano alcune dimensioni dei processi di mentalizzazione (in particolare, la conoscenza emotiva di se stessi e la consapevolezza emotiva di se stessi in relazione agli altri) probabilmente più colpite dall'evento traumatico. È possibile, infatti, che il trauma, come si evince in letteratura (Nietlisbach, G. & Maercker, A. 2009), crei dei deficit di mentalizzazione e di identificazione empatica. Pertanto, si riscontra un aumento di concentrazione su se stessi in relazione all'ambiente esterno, come se si adottasse una difesa marcata per proteggersi da eventuali attacchi reali o immaginari. È altresì probabile che il soggetto traumatizzato esperisca l'altro come elemento di pericolo.

### 5. Conclusioni

Nel trauma il mondo relazionale appare lontano e senza vincoli di significati. Nelle occasioni di riflessione si evidenziano drammi interiori con figure autoritarie e demoniache. E proprio attraverso questa piccola ricerca che si evince come il trauma può in effetti inficiare la capacità di mentalizzare, così come far aumentare la conoscenza di sé attraverso emozioni e cognizioni che sono al momento le più sofferenti. La capacità di relazione passa anche attraverso la consapevolezza dei propri stati mentali. Tuttavia, alcuni traumi possono inficiare tale capacità. Nel processo psicoterapeutico attraverso l'ausilio della terapia EMDR vi è un passaggio dove si chiede la cognizione negativa che il paziente esperisce in quel momento rispetto all'immagine più disturbante del trauma subito. Ebbene, da tale ricerca si può ipotizzare che tale cognizione non è solo definibile in relazione all'immagine più disturbante, ma ancor di più riferibile al tipo di trauma e da quanto tempo è passato dal trauma stesso. In ultimo è bene ricordare che l'individuo ha la capacità di sfruttare la sua agenticità (Bandura A. 2012). Ovvero, la capacità di agire attivamente e trasformativamente nel contesto in cui si è inseriti. Tale funzione umana, che riguarda sia i singoli individui sia i gruppi, operativamente si traduce nella facoltà di generare azioni mirate a determinati scopi. Pertanto, laddove un trauma blocca tale capacità, l'individuo non è al momento in grado di creare intenzionalità nell'azione che produce. Quindi l'elaborazione dei traumi riveste importanza non solo nella riduzione della sintomatologia clinica da stress post traumatico, ma anche la convinzione dell'individuo di poter esercitare attivamente una influenza sugli altri. L'EMDR, in quanto terapia elettiva per elaborare i traumi in generale, ristabilisce anche un livello di equilibrio empatico e di mentalizzazione verso il mondo esterno.

### Bibliografia

- Arcuri, L., Zogmaister, C (2007). Metodi di ricerca nella cognizione sociale. Il Mulino, Bologna.
- Bandura A. Adolescenti e autoefficacia; Il ruolo delle credenze personali nello sviluppo individuale Ed. Erickson 2012.
- Belsher, B., Ruzek, J., Bongar, B., & Cordova, M. (2012). Social Constraints, Posttraumatic Cognitions, and Posttraumatic Stress Disorder in Treatment-Seeking Trauma Survivors: Evidence for a Social Cognitive Processing Model. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 386-391.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. (2002) *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé trad. it., Raffaello Cortina, Milano, 2005*
- Fonagy P., Target M. (1997) *Attaccamento e funzione riflessiva: il loro ruolo nell'organizzazione del Sé trad. it. in P. Fonagy, M. Target, 2001.*



- Fonagy P., Target M. (2001) Attaccamento e funzione riflessiva Raffaello Cortina, Milano
- Francesca M., Bosco L., Colle R., Pecorara S., Tirassa M., THOMAS, Theory Of Mind Assessment Scale: Uno strumento per la valutazione della teoria della mente Sistemi intelligenti XVIII, n.2, 2006.
- Mazza M., Pino M.C., Tempesta D., Catalucci A., Masciocchi C., Ferrara M. Attività neurale correlata alle difficoltà emozionali ed empatiche in soggetti con disturbo post-traumatico da stress sopravvissuti al terremoto dell'Aquila del 2009 Epidemiol Prev 2016; 40 (2): 42-44.
- Mitchell S. A. (2000) Il modello relazionale, dall'attaccamento all'intersoggettività trad. it., Raffaello Cortina, 2002.
- Nienischbach, G. & Maercker, A. (2009). Social Cognition and Interpersonal Impairments in Trauma Survivors with PTSD. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma. 18, 382-402.

### COMUNICAZIONE DELLA SEGRETERIA

**E' possibile pagare il rinnovo della quota associativa di € 80,00  
per l'anno 2018 con**

**Bonifico bancario: UniCredit Banca IT 88 I 02008 33261 000041267828**

**Carta di Credito: sul sito [www.emdr.it](http://www.emdr.it)**

***Si rammenta ai soci di segnalare qualsiasi variazione riguardante  
indirizzo postale***

***indirizzo di posta elettronica (e-mail)***

***numero di telefono***

***Così facendo si rimarrà aggiornati sulle attività della nostra Associazione  
e si riceveranno i messaggi dalla Discussion List***

Cogliamo l'occasione per segnalarvi alcune scorrettezze presenti nell'articolo  
"Report dell'intervento per l'attentato terroristico di Barcellona (Spagna)"  
pubblicato nella rivista dell'Associazione Anno XVI Febbraio 2018 N°35.

Nell'articolo è stato inserito

in modo scorretto il nome della dott.ssa **CRISTINA BOLOGNA**  
e del tutto omesso il nome della dott.ssa **ROSSANA MAZZARO**.

La redazione della rivista si scusa per questa distrazione.