

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

Dipartimento di Scienze Umane e Sociali

Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche



UNIVERSITÀ DELLA  
VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA  
VALLÉE D'AOSTE

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA

Violenza assistita e separazioni conflittuali: vittime invisibili.

Relatore: Prof. Laura Ferro

Candidata: Vivian Giordano

N° matricola: 20 D03 212

## **VIOLENZA ASSISTITA E SEPARAZIONI CONFLITTUALI: VITTIME INVISIBILI**

<b>Introduzione</b> .....	4
<b>Capitolo 1: La violenza intrafamiliare, fenomeno e dinamiche connesse</b> .....	6
<b>1.1 Delineamento del concetto di violenza assistita intrafamiliare</b> .....	6
<b>1.1.1 La violenza assistita e la diffusione del fenomeno</b> .....	8
<b>1.2 Conseguenze psicologiche immediate</b> .....	10
<b>1.3 Traiettorie evolutive disadattive</b> .....	12
<b>1.3.1 Relazione di attaccamento</b> .....	12
<b>1.3.2 Capacità di mentalizzazione</b> .....	14
<b>1.3.3 Modelli operativi interni: rischio di trasmissione intergenerazionale</b> .....	15
<b>1.3.4 Disturbo post-traumatico dello Sviluppo</b> .....	16
<b>1.3.5 Depressione</b> .....	18
<b>1.3.6 Disturbo del comportamento Dirompente</b> .....	19
<b>1.3.7 Adverse Childhood Experience</b> .....	19
<b>1.4 Disposizioni a tutela dei minori che vivono in famiglie violente</b> .....	21
<b>Capitolo 2: Separazioni altamente conflittuali e abbandoni</b> .....	23
<b>2.1 Separazioni altamente conflittuali e rischi per il bambino</b> .....	23
<b>2.1.2 Il vissuto dei genitori nei casi di separazione</b> .....	23
<b>2.1.3 La gestione della genitorialità nelle coppie separate</b> .....	24
<b>2.1.4 Quando la separazione diventa un evento traumatico per il bambino</b> .....	25
<b>2.2 Conseguenze nel vivere una situazione di separazione traumatica</b> .....	27
<b>2.2.1 Attribuzione della colpa e confusione</b> .....	27
<b>2.2.2 Paura e solitudine</b> .....	28
<b>2.2.3 Separazioni conflittuali e disturbi alimentari</b> .....	29
<b>2.2.4 Uso e abuso di alcol</b> .....	29
<b>2.2.5 Rendimento scolastico e abbandono precoce degli studi</b> .....	29
<b>2.2.6 Sfiducia relazionale e rischio di trasmissione intergenerazionale</b> .....	30
<b>2.2.7 Ripercussioni a lungo termine per i bambini che vivono una separazione conflittuale</b> .....	30
<b>2.3 Modalità di intervento e risorse per il bambino vittima di violenza</b> .....	31

2.3.1 Direttive del Cismai per l'organizzazione degli interventi nei casi di violenza assistita .....	31
2.3.2 Direttive del Cismai per l'organizzazione degli interventi nei casi di separazione altamente conflittuale .....	33
2.3.3 Il Circolo della Sicurezza.....	34
2.3.4 La Child-Parent Psychotherapy .....	34
2.3.5 La psicoterapia sensomotora e l'EDMR: lavoro sulla relazione trauma-corpo .....	35
<b>Capitolo 3: Caso clinico e valutazione dell'inserimento in una comunità .....</b>	<b>37</b>
3.1 La presa in carico residenziale del minore.....	37
3.1.1 Prescrizioni della Delibera della Giunta Regionale Piemonte per le strutture residenziali e semi-residenziali per minori .....	38
3.2 La storia di E.....	41
3.2.1 Valutazione fattori di rischio e di protezione .....	42
3.2.2 Risultati dei test clinici svolti dal minore .....	43
3.3 Riflessioni e conclusioni.....	49
3.3.1 Riflessioni per indicazioni al trattamento .....	50
Conclusione.....	52
Bibliografia .....	54
Sitografia .....	56
Ringraziamenti .....	59

## Introduzione

*“Scornati e lacerati, gli ex compagni di amore si sparano missili devastanti che vanno al di là del bersaglio e trafiggono il cuore dei loro figli.”*

*(TF Hodge, 2009)*

L’OMS nel corso di questi ultimi anni ha condotto un’indagine a livello mondiale per stimare i casi di maltrattamento infantile, ed è risultato che un bambino su due è vittima di violenza; in Italia, da una ricerca a livello nazionale, la stima risulta essere di quarantacinque minori su mille. (Save the Children, 2021). Tra le varie forme di maltrattamento spicca la violenza assistita, attualmente al secondo posto tra le forme di violenza domestica più diffuse, con una prevalenza del 32.4%.

La violenza assistita si riferisce a quella forma di maltrattamento che vede il bambino come testimone degli abusi perpetrati sulle figure a lui care, appartenenti al suo nucleo familiare. Questa forma di violenza è stata a lungo sottovalutata, infatti solo nel 2005 abbiamo una prima definizione di questo fenomeno.

Alla luce di queste riflessioni, mi sono chiesta quale fosse la storia dietro alla scoperta di questo fenomeno e quali potessero essere le conseguenze per il bambino che subisce violenza assistita. Inoltre, nell’approfondire il fenomeno, che si può articolare in svariate forme, ho deciso di approfondire un evento familiare in cui spesso i bambini vengono resi testimoni delle violenze familiari, ovvero le separazioni conflittuali. Mi sono quindi chiesta quando la separazione diventa un evento traumatico per il bambino e quali effetti negativi può avere questa esperienza su di essi. Nell’analizzare queste tematiche è risultato necessario anche pensare a possibili percorsi riparativi che potessero aiutare queste vittime silenziose, andando a lavorare sia su un piano individuale che familiare. È importante far sì che le riflessioni fatte non rimangano solo ad un livello astratto, questo può essere fatto andando ad analizzare cosa vuol dire nella pratica la presa in carico di una vittima di violenza assistita.

Per approfondire queste domande nel primo capitolo ho definito il concetto di violenza assistita e ne ho analizzato la storia, sia a livello concettuale che legale. Inoltre, ho cercato di trattare le conseguenze a breve e a lungo termine per i bambini che vivono questa tipologia di maltrattamento.

Nel secondo capitolo ho analizzato in modo approfondito il fenomeno della violenza assistita nei casi di separazione conflittuale. Per dare una panoramica del fenomeno è stato fondamentale iniziare definendo le dinamiche che rendono una separazione un evento

traumatico per il bambino, per poi analizzare in modo specifico le separazioni conflittuali. Successivamente ho approfondito le conseguenze che le separazioni conflittuali possono avere sul bambino, e ho inoltre indicato delle possibili vie di intervento. Ho considerato necessario indicare trattamenti diversi tra loro, poiché l'intervento deve essere pensato in base alla situazione che il bambino vive e alle sue risorse personali. Per questo sono stati indicati sia trattamenti a livello individuale che puntassero su aspetti diversi, che interventi a livello familiare.

Nel terzo capitolo ho considerato importante portare il caso reale di una ragazza che ha vissuto questa tipologia di maltrattamento. Il suo esempio ci permette di vedere concretamente le conseguenze che la violenza familiare ha sui bambini, e come l'inserimento in una comunità terapeutica per minori può rappresentare una buona risorsa per riprendere un percorso di crescita funzionale.

## **Capitolo 1: La violenza intrafamiliare, fenomeno e dinamiche connesse**

### **1.1 Delineamento del concetto di violenza assistita intrafamiliare**

In un contesto tipico la famiglia dovrebbe rappresentare un luogo di cura e sostegno reciproco, in cui vige il rispetto per l'autonomia e i bisogni di ciascuno. Un contesto familiare sufficientemente buono permette lo sviluppo e il benessere dei singoli, grazie a un legame di fiducia che consente una comunicazione aperta e una capacità efficace di risoluzioni del conflitto (Gambini, 2007).

Accade però che alcune dinamiche disfunzionali mettano in crisi il nucleo familiare, a volte arrivando a episodi di violenza domestica che il bambino può vivere in prima persona o come testimone impotente e sofferente.

La violenza domestica è un fenomeno tristemente diffuso, e si riferisce a “ogni forma di violenza fisica, psicologica, sessuale od economica e riguarda sia soggetti che hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, sia soggetti che all'interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo” (WHO, 1996; Cigalotti, 2013)

Per indicare questo fenomeno viene utilizzato l'acronimo IPV (*Intimate Partner Violence*), esso ingloba una serie di fenomeni eterogenei e variegati, tra cui possono rientrare i maltrattamenti a danno dell'infanzia. La Convenzione dei diritti dei minori, insieme ad altri enti come l'UNICEF (United Nations Children's Fund), l'UNESCO (United Educational, Scientific and Cultural Organization) e l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), si è occupata di dare una definizione di questo processo, descrivendolo come un “danno o abuso fisico o mentale, trascuratezza o trattamento negligente, al maltrattamento, alle diverse forme di sfruttamento e abuso sessuale intese come induzione e coercizione di un bambino/a in attività sessuale illegale, lo sfruttamento della prostituzione o in altre pratiche sessualmente illegali, lo sfruttamento in spettacoli e materiali pornografici, torture o ad altre forme di trattamento o punizione crudeli, inumane o degradanti, allo sfruttamento economico e al coinvolgimento in lavori rischiosi” (Di Blasio, 2000, p. 14).

Per facilitare l'analisi di questo drammatico quadro, questi maltrattamenti sono stati raggruppati in quattro macrocategorie da Save the Children nel 2018. Questa classificazione è stata creata per fornire delle linee guida in grado di facilitare la comprensione del fenomeno,

ma spesso i quadri si intrecciano tra loro, creando situazioni complesse con maltrattamenti multipli. Le categorie individuate sono:

- Abuso fisico. Avviene quando i tutori legali del bambino mettono il minore a rischio di lesioni fisiche, oppure loro stessi permettono o sono la causa di quest'ultime. Il grado di gravità della lesione è il criterio con cui viene classificata questa tipologia di abuso (lieve, moderato, severo), e la rilevazione è basata su segni fisici e comportamentali.
- Patologie delle cure (Negligenza/Trascuratezza). In questo caso questa tipologia di abuso si può articolare in tre forme: incuria (carenza di cure), discuria (cure non adatte ai bisogni e alla fase evolutiva del bambino) e ipercuria (cure eccessive). In generale, si può affermare che ci riferiamo all'insufficienza o all'inadeguatezza delle cure fornite al bambino, in relazione ai suoi bisogni medici, fisici e psicologici.
- Abuso sessuale. Si fa riferimento a ogni forma di attività sessuale tra adulto e bambino, che includa rapporti sessuali (organi genitali in contatto), forme di contatto erotico (organo genitali in contatto con un'altra parte del corpo), costrizione nel guardare i propri genitali (esibizionismo) ed esposizione alla vista di un atto sessuale (Pileci, 2011).
- Abuso psicologico. Viene inserita in questa categoria ogni comunicazione o comportamento che non permette di creare un ambiente sufficientemente appropriato e supportivo nei confronti del minore. Verso la fine degli anni '90 l'Office for the Study of the Psychological Rights of the Child dell'Indiana University ha raggruppato in cinque categorie i comportamenti che fanno parte della violenza psicologica a danno dell'infanzia; in particolare i comportamenti individuati sono: terrorizzare, isolare, sfruttare e/o corrompere, disprezzare e mancare di responsività emozionale. Queste forme di maltrattamento possono essere vissute in prima persona dal bambino, che avrà un'esperienza diretta della violenza, o indirettamente attraverso l'osservazione di questi comportamenti verso i membri della propria famiglia (Di Blasio, 2000).

I maltrattamenti sembrano evidenziare diversi gradi di rilevabilità in base alla loro natura, alcuni di essi, come il maltrattamento fisico, hanno segni evidenti e risultano quindi più facilmente riscontrabili. Altre forme di violenza risultano nascoste e silenziose, accade addirittura che la vittima stessa ne sia inconsapevole.

Questa difficoltà nella rilevazione ha fatto sì che solo nel 2003, durante il Convegno di Firenze tenutosi con l'obiettivo di definire e approfondire questo fenomeno, venisse data una prima definizione di violenza assistita in Italia, fornendo finalmente il giusto riconoscimento a questa forma di maltrattamento psicologico (CISMAI, 2017).

### **1.1.1 La violenza assistita e la diffusione del fenomeno**

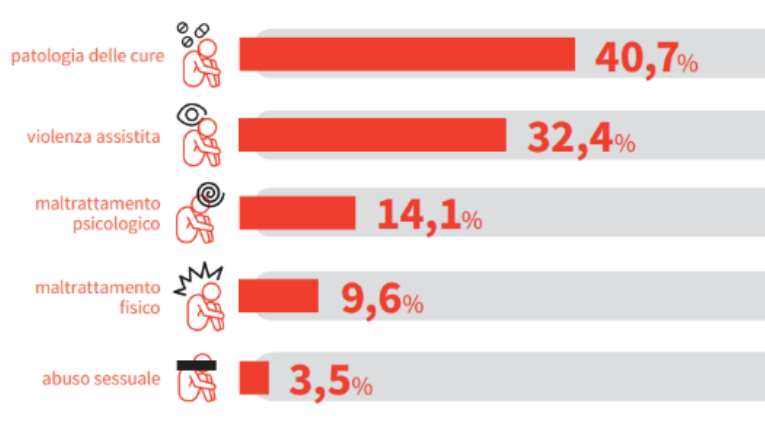
Il CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'abuso all'Infanzia) ha definito la violenza assistita intrafamiliare come "l'esperire da parte del/della bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Si include l'assistere a violenze messe in atto da minori su altri minori e/o sugli altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti direttamente (quando essi avvengono nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore ne è a conoscenza), e/o percependone gli effetti" (CISMAI, 2005, p. 1).

In questa definizione vengono tenuti in conto sia i casi di violenza che il bambino percepisce direttamente attraverso la visione o l'ascolto di alcuni episodi (come può avvenire nel sentire un litigio animato tra genitori), ma anche situazioni in cui il minore sa indirettamente dell'esistenza dell'episodio di violenza perché ne riscontra gli effetti (come la visione di ematomi o la percezione di un'atmosfera tesa).

La violenza indiretta rappresenta un fenomeno tristemente diffuso nel nostro Paese. La Terre des Hommes Italia (organizzazione internazionale per la protezione dei minori) e il CISMAI hanno svolto un'importante indagine nazionale nel 2021 rispetto al maltrattamento di bambini ed adolescenti in Italia. La ricerca è stata svolta in 196 Comuni italiani, ricoprendo un totale di 2,1 milioni di popolazione minorile (il 23,3% della popolazione di riferimento). I risultati evidenziano che ogni 1.000 bambini residenti, 45 sono seguiti dai Servizi Sociali; di quest'ultimi 9 minori su 1.000 vengono presi in carico per maltrattamento. La violenza assistita risulta essere la seconda forma di violenza più diffusa nel contesto nazionale, con una percentuale pari al 32,4% (*Figura 1*). L'elemento che deve attirare l'attenzione, anche in base alle riflessioni fatte precedentemente, è che in oltre il 90% dei casi il maltrattante è un familiare.



Figura 1:

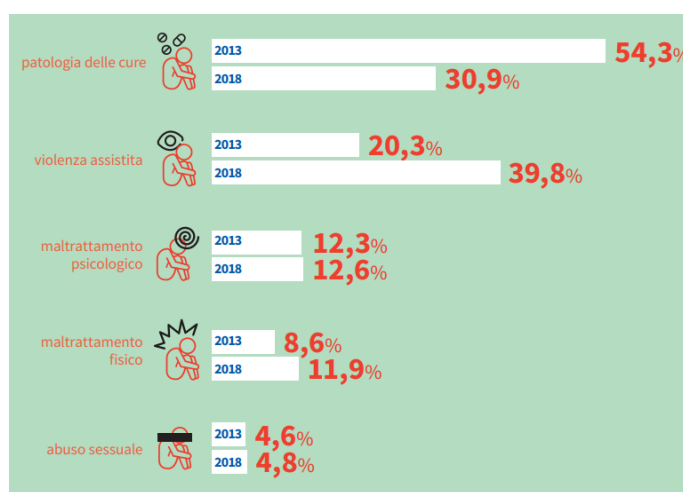


Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza - Cismai - Terre des Hommes

NB: 11 Comuni non hanno fornito il dato

Durante la ricerca è stato possibile confrontare i dati risalenti al 2013 con i dati rilevati nel 2018, in 117 Comuni italiani. Questo ha permesso di raccogliere dati molto interessanti. È risultato che durante questi cinque anni i minorenni presi in carico dai Servizi Sociali sono aumentati del 3,6%, per un totale di 98.788 ragazzi. Le prese in carico per maltrattamento hanno subito un aumento ancora più marcato, con un aumento del 14,8% rispetto al 2013. Dall'analisi della frequenza delle diverse tipologie di maltrattamento riscontriamo una ricomposizione della classifica. Nel 2013 la forma di violenza più diffusa era la patologia delle cure (54,3%), seguita con un certo distacco dalla violenza assistita (20,3%) (Figura 2). Nel 2018 assistiamo ad un cambiamento che porta la violenza assistita ad essere la forma di maltrattamento principale, con una presenza del 39,8%, seguita dalla patologia delle cure al 30,9%.

Figura 2:



Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza – Cismai – Terre des Hommes (2013 e 2018)

Queste percentuali rappresentano una stima di quella che è la panoramica e la diffusione del fenomeno, poiché spesso ci troviamo di fronte a una difficoltà nella rilevazione consistente. Possiamo però riscontrare che c'è la necessità di porre maggiormente l'attenzione su questa forma di maltrattamento, sempre più presente nel contesto nazionale. Per analizzare al meglio questo fenomeno è importante approfondirne anche altri aspetti. La ricerca, infatti, non si è occupata solamente di analizzare la frequenza e l'ampiezza del fenomeno, ma ha anche indagato l'impatto a breve e a lungo termine che queste dinamiche possono avere sui figli.

## **1.2 Conseguenze psicologiche immediate**

Un ambiente violento può provocare nel bambino ripercussioni importanti, a breve e lungo termine, a livello biologico, psicologico e sociale. Nell'articolo *“La disorganizzazione dell'attaccamento spiega i sintomi post-traumatici nei bambini vittime di violenza?”* è stato evidenziato che la violenza a danno dell'infanzia è una forma di trauma relazionale che si ripete più volte nel tempo, portando ad effetti disfunzionali sia a livello di attaccamento<sup>1</sup> che di sintomatologia post-traumatica (Camisasca, Miragoli e Di Blasio, 2014).

L'entità degli effetti lesivi della violenza assistita dipende “dal bilancio tra i fattori di rischio<sup>2</sup> e di protezione<sup>3</sup>, quali:

- età e genere.
- condizioni personali e ambientali precedenti;
- caratteristiche delle violenze a cui i bambini assistono (frequenza, precocità, durata, gravità degli atti);
- presenza di altre forme di maltrattamento e di altri eventi traumatici
- modalità di coping più o meno sviluppate ed efficaci, sia da parte della madre che da parte dei/delle bambini/e; resilienza
- livello di coinvolgimento diretto dei/delle bambini/e e adolescenti nel maltrattamento (come coautori delle violenze, come ostaggi, come oggetto di minacce a scopo di ricatto, intimidazione, pressione psicologica nei confronti della partner, eccetera);
- fattori socioculturali, tra cui le norme e i modelli di genere maschili e femminili

---

<sup>1</sup> Si fa riferimento alla Teoria dell'attaccamento di Bowlby (anni '60) che definisce l'attaccamento come il legame profondo che si va ad instaurare tra bambino e caregiver, volto a mantenere la vicinanza e ottenere la protezione da quest'ultimo.

<sup>2</sup> Elementi che concorrono nell'insorgenza o nell'aumento d'intensità di un quadro maladattivo.

<sup>3</sup> Condizioni e risorse che promuovono un adattamento adattivo all'ambiente e contrastano l'impatto dei fattori di rischio.

- presenza o meno di reti informali e formali supportive e la qualità degli interventi attivati “(CISMAI, 2017, p. 2).

Avere una rete supportiva, modalità di coping<sup>4</sup> sviluppate e bassa presenza di maltrattamenti multipli sono esempi di fattori protettivi che supportano e aiutano il bambino nel suo percorso. Al contrario subire più tipologie di maltrattamento, con un'intensità medio-elevata e senza la presenza di una rete di supporto può esporre il minore a condizioni di rischio elevato per il suo benessere psico-fisico.

Di Blasio (2000) ha evidenziato nel suo libro “Psicologia del bambino maltrattato” che le vittime di violenza indiretta si trovano in un contesto in cui le figure di riferimento sono pervase da emozioni e atteggiamenti contrastanti e complementari, da un lato abbiamo una figura terrorizzata e angosciata, e dall'altro una terrorizzante e minacciosa. I bambini vivono sentimenti di angoscia, paura e frustrazione, trovandosi in una condizione di impotenza appresa. Nel quadro più drammatico, essi possono arrivare ad attribuire la causa degli eventi a fattori interni stabili<sup>5</sup>. Se l'esperienza di impotenza si ripete nel tempo, il bambino sperimenterà una riduzione/annullamento delle capacità di coping e sentimenti di fallimento. Questo può portare gravi conseguenze come depressione, ansia, vergogna e disperazione. Questi bambini possono sperimentare forti sensi di colpa dovuti al sentirsi privilegiati, poiché non colpiti direttamente dalla violenza, al contrario dei familiari. Il minore svilupperà uno stato di allerta costante, che lo porterà a sviluppare comportamenti adultizzati volti alla prevenzione della violenza. Egli cercherà delle strategie che gli consentano di calmare il maltrattante e di proteggere le vittime dirette del maltrattamento, anche attraverso comportamenti compiacenti e bugie. Il minore imparerà ad analizzare gli atteggiamenti delle persone a lui vicine, così da capirne gli stati d'animo e prevedere le possibili reazioni (Luberti, Pedrocchi, 2019).

Quello che emerge dalla letteratura è che i bambini che vivono come spettatori questi episodi di maltrattamento imparano che nelle relazioni significative e nell'espressione di pensieri, emozioni e stati d'animo è normale utilizzare la violenza. Ciò può portare il bambino a vivere difficoltà significative nei rapporti interpersonali. Spesso si assiste a una introiezione degli atteggiamenti della figura di riferimento minacciante, arrivando quindi ad un comportamento controllante e coercitivo che potrebbe essere ripetuto anche al di fuori del contesto familiare.

---

<sup>4</sup> Strategie finalizzate alla gestione e alla riduzione dello stress, utili per fronteggiare situazioni problematiche.

<sup>5</sup> Essi si sentono i responsabili degli episodi di violenza domestica e conflitto coniugale.

Nel 2021 Save the Children ha individuato che i danni rilevabili, oltre a colpire l'area del comportamento del bambino, investono anche altre tre aree molto importanti (Save the Children, 2021):

- Impatto sullo sviluppo fisico. Questa categoria viene colpita soprattutto nel caso in cui il bambino è ancora in tenera età. Si possono notare deficit nella crescita staturponderale, deficit visivi e ritardi nello sviluppo psicomotorio.
- Impatto sullo sviluppo cognitivo. Spesso è facile notare in questi ragazzi bassa autostima, effetti negativi sulla capacità di empatia e sulle competenze intellettive
- Impatto sulle capacità di socializzazione. Diventa difficile per questi soggetti stringere e mantenere relazioni sociali sane.

La sofferenza dell'essere testimoni di violenza è amplificata dal sentimento di essere invisibili. La vita familiare violenta non permette alle figure di riferimento di prendere in considerazione i bisogni del bambino, che rimane un mero testimone impotente.

### **1.3 Traiettorie evolutive disadattive**

La letteratura ha evidenziato che vivere esperienze traumatiche durante l'infanzia può rappresentare un enorme rischio evolutivo per il bambino. La situazione sembra aggravarsi quando al centro delle esperienze traumatiche vissute dal minore si hanno le sue figure di riferimento primarie. I genitori, che normalmente dovrebbero rappresentare una base sicura in cui il bambino può trovare conforto in situazioni di difficoltà, diventano i fautori delle violenze e dei maltrattamenti che subisce il ragazzo. Se gli abusi vengono ripetuti fino a diventare abituali, il bambino può sviluppare danni che colpiscono diverse aree del suo funzionamento, tanto che il minore può arrivare a sviluppare dei disturbi sia dello spettro internalizzante che esternalizzante. Il minore, quindi, non seguirà una traiettoria evolutiva omotipica, ma si troverà a fronteggiare un percorso di sviluppo eterotipico che potrà plasmarsi attraverso diverse condizioni. Infatti, le conseguenze che la violenza ha sul minore dipendono da molti fattori e l'esito non è mai certo.

#### **1.3.1 Relazione di attaccamento**

Nel 1950 Bowlby sviluppò la teoria dell'attaccamento a seguito dell'osservazione di bambini che avevano perso le proprie famiglie durante la guerra. L'attaccamento è un primitivo sistema motivazionale finalizzato a spingere il bambino ad una specifica relazione con il

caregiver. Il bambino può attuare cinque risposte istintive parziali, definite segnali specie (seguire, piangere, succhiare, sorridere, stringere), che gli permettono di conseguire e mantenere la vicinanza con la figura di attaccamento. Lo scopo di questo legame è garantire la sopravvivenza e la procreazione.

Mary Ainsworth mise a punto una procedura sperimentale su base osservativa delle risposte di attaccamento dei bambini, chiamata Strange Situation, e individuò differenti stili di attaccamento:

- Sicuro: la madre del bambino si è mostrata sufficientemente responsiva e disponibile, ciò ha permesso al bambino di percepirsi come degno di essere amato e di vedere gli altri come figure generalmente disponibili nel dargli aiuto e conforto.
- Insicuro ambivalente: il genitore ha attuato un comportamento ambivalente, a volte mostrandosi responsivo e disponibile, altre essendo assente. Il comportamento imprevedibile del genitore non permette al bambino di vivere serenamente questo legame, creando uno stato di ipervigilanza. Il bambino si raffigura come non amabile, e inizierà ad attuare comportamenti contraddittori a sua volta.
- Insicuro evitante: la figura di riferimento ha mostrato poca responsività e disponibilità emotiva verso il bambino. Il piccolo, di conseguenza, ha imparato a non esprimere il proprio disagio, poiché pensa di non meritare l'aiuto degli altri, e che generalmente essi non sarebbero presenti per lui in caso di bisogno.
- Disorganizzato: il caregiver rappresenta per il bambino sia la base sicura che un pericolo, ciò gli genera un forte conflitto interno impossibile da gestire. Lo stile di attaccamento risulta essere un insieme degli stili elencati precedentemente, ed il comportamento del bambino si mostra confuso e disorganizzato. Questa tipologia di attaccamento di solito è la base per lo sviluppo di diverse psicopatologie (Martini, 2022).

La letteratura ha evidenziato come la tipologia di legame che si viene a formare nella prima infanzia tra caregiver e bambino influenzerà quest'ultimo per tutto il corso della sua vita a livello biologico, psicologico e sociale. Nel 2021 Di Pentima, Attili e Toni hanno condotto uno studio su 30 minori vittime di violenza assistita intrafamiliare per indagare la costruzione del legame di attaccamento e possibili sviluppi di quadri sintomatologici. Da tale lavoro è emerso che più frequentemente essi stringono un legame di attaccamento di tipo evitante,

seguito al secondo posto da quello ambivalente. Inoltre, essi sviluppano, in seguito, pattern sintomatologici che comprendono ansia, sintomi somatici, depressione e disturbi alimentari.

### **1.3.2 Capacità di mentalizzazione**

La letteratura ha evidenziato come la relazione di attaccamento sia alla base dello sviluppo di capacità fondamentali per il bambino come la mentalizzazione, la capacità di poter dirigere l'attenzione e la regolazione emotiva. Il concetto di mentalizzazione è stato coniato nel 2006 da P. Fonagy e A. Batenam, e con esso si intende la funzione riflessiva attraverso l'attribuzione degli stati mentali che permette al bambino di dare significato e organizzare le esperienze, prevedere il comportamento altrui e di reagire in modo adeguato alle situazioni sociali. Gli autori hanno riscontrato che tipicamente questa capacità si va a formare attraverso l'incontro con una mente matura che possiede già un'adeguata capacità di mentalizzazione. Il genitore dovrebbe riflettere in modo comprensivo e responsivo sull'esperienza interna del bambino, comprendendo la causa della sua angoscia, sopportandola e dando il giusto riconoscimento all'atteggiamento intenzionale emergente del bambino. Questo permetterebbe al bambino di sviluppare un senso del sé e di rappresentarsi come un agente intenzionale dotato di pensieri e sentimenti. Dalla letteratura è emerso che la capacità riflessiva di mentalizzazione è alla base dello sviluppo dell'empatia, poiché ci permette di capire l'intenzione dietro ad un determinato atteggiamento esteriore. Vicissitudini negative durante la prima infanzia, soprattutto quelle che hanno come protagonisti le figure primarie di riferimento, possono costituire un fattore di rischio elevato per lo sviluppo delle capacità empatiche e di mentalizzazione. La letteratura ha sottolineato che chi ha subito traumi precoci e ricorrenti può presentare delle lacune in queste capacità. La violenza assistita rientra in queste vicende traumatiche croniche. Di conseguenza un bambino che ha vissuto in un contesto familiare avverso avrà un'elevata probabilità di presentare delle difficoltà nell'utilizzo delle capacità empatiche e di mentalizzazione che perdureranno per tutto l'arco di vita, senza un giusto intervento, compromettono la qualità e lo stabilirsi di relazioni intime profonde. La scarsa capacità riflessiva di questi soggetti non gli permette di poter comprendere ed esprimere le proprie emozioni nel modo adeguato. Il soggetto trova un nuovo modo per esprimere le emozioni repressate attraverso il corpo. Questo processo viene chiamato somatizzazione, consiste nella percezione di sintomi fisici che hanno in realtà un'origine psichica. Essi compromettono l'area sociale, lavorativa, personale e, più in generale, del funzionamento del soggetto, recandogli un forte disagio (Dimsdale, 2022). Esso può avere

diverse cause, la più frequente sembra essere lo stress cronico, situazione che riguarda anche i bambini che subiscono violenza assistita intrafamiliare.

La mentalizzazione, inoltre, permette di mantenere una certa coerenza nella percezione della nostra storia. Di conseguenza un soggetto che non ha sviluppato in modo adeguato la capacità di mentalizzazione presenta una frammentazione della storia personale e una difficoltà nel senso di continuità del sé (Sacchetti, 2018). La letteratura ha evidenziato che il trauma ha ripercussioni per tutto l'arco di vita del soggetto poiché lascia un residuo di affetto che non viene elaborato, esso viene dissociato perché il cervello non è in grado di regolarlo (Lingiardi, De Bei, Bromberg,, 2012). Per dissociazione intendiamo “uno stato di alterazione più o meno temporanea delle normali funzioni integrative di identità, memoria, coscienza, percezione dell'ambiente circostante” (Lingiardi, 2010, p. 136). La dissociazione può raffigurarsi come una difesa adattiva per affrontare eventi traumatici, consente di separare dalla coscienza eventi che non si possono sopportare nell'immediatezza. Questo processo può essere adattivo al momento del trauma, ma nel tempo può portare ad alterazioni dei processi psichici fino ad arrivare alla compromissione del senso di continuità della propria identità.

### **1.3.3 Modelli operativi interni: rischio di trasmissione intergenerazionale**

A partire dalla relazione di attaccamento il bambino svilupperà dei Modelli Operativi Interni del mondo e degli altri. I MOI sono delle rappresentazioni mentali di sé e delle figure di riferimento, che veicolano la percezione e l'interpretazione degli eventi (Albanese, 2006).

Essi si costruiscono sulla base di ciò che il bambino ha vissuto e interiorizzato nella relazione di attaccamento con il caregiver; infatti, il ragazzo strutturerà una modalità di relazionarsi basata su esperienze e aspettative legate al tipo di attaccamento che ha stretto con la madre: se si è venuto a creare un attaccamento sicuro, il bambino si relazionerà in modo fiducioso e aperto verso gli altri, e si aspetterà dall'altro un comportamento generalmente responsivo e disponibile (Cruciani, Greco, Mastrolia, Popolla, 2013). Al contrario, un tipo di legame insicuro, che spesso si instaura nei casi di violenza assistita, potrebbe portare a una forte difficoltà per il bambino nel formare legami sociali sani e duraturi, che potrebbe evolvere in una rappresentazione di sé e degli altri falsata e disadattiva. Come viene detto da Di Blasio in *Psicologia del bambino maltrattato* “molto spesso gli stessi adulti maltrattanti e trascuranti hanno a loro volta strutturato legami negativi nella propria infanzia” (2000, p. 90). Questa frase sintetizza in modo ottimale quello che viene definito come rischio di trasmissione intergenerazionale della violenza, dove il bambino apprende che l'uso della violenza è

funzionale e normale nelle relazioni intime, in particolare durante i conflitti. Di conseguenza egli imparerà ad utilizzare pattern relazionali che vanno ad imitare i comportamenti subiti o osservati delle figure di riferimento, riproducendo la storia familiare in un altro contesto e perpetrando la violenza anche nelle generazioni a venire.

In sintesi, possiamo dire che la qualità del legame di attaccamento influenzerà fortemente il bambino in tutte le sue fasi di vita, e la presenza di gravi e ripetute esperienze negative nella sintonizzazione con la madre possono rappresentare un grande fattore di rischio per il bambino. Bowlby sostiene che l'assenza di cure o la loro inadeguatezza possano causare nel bambino forte sofferenza psicologica e, nei casi più critici, lo sviluppo di psicopatologie in età adulta (1969).

### **1.3.4 Disturbo post-traumatico dello Sviluppo**

Negli anni Ottanta venne introdotto all'interno del DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders.*) il Disturbo Post-Traumatico da Stress, una patologia che si sviluppa nel momento in cui il soggetto è esposto ad un evento traumatico. Il DSM-5 TR (*Diagnostic and Statistic Manual of mental disorder Test Revision*), pubblicato in Italia nel marzo del 2023, ha definito due criteri che l'evento traumatico deve necessariamente avere: innanzitutto la persona deve aver esperito o assistito ad un evento traumatico che poteva portare a morte, minaccia di morte, lesioni gravi e minaccia dell'integrità fisica propria e altrui. Inoltre, l'evento traumatico deve ripresentarsi ripetutamente nelle seguenti modalità:

- Ricordi ricorrenti e intrusivi (immagini, pensieri e percezioni)
- Sogni ricorrenti
- Sensazione di star rivivendo l'evento traumatico (sensazioni, allucinazioni, episodi dissociativi di flashback)
- Disagio psicologico intenso dovuto al contatto/vicinanza con fattori che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico (interni ed esterni)
- Reattività fisiologica al momento dell'esposizione a fattori che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico (interni ed esterni)

Un altro elemento fondamentale per definire il quadro sintomatologico del PTSD (*Post Traumatic Stress Disorders*) è l'evitamento persistente di stimoli che sono associati al trauma e l'attenuazione della reattività generale, non presenti prima del trauma. Esso si può manifestare attraverso l'evitamento di pensieri, sensazioni, conversazioni, attività, luoghi o persone associate al trauma; l'incapacità di ricordare qualche aspetto rilevante del trauma;



riduzione dell'interesse e della partecipazione ad attività significative; distacco e estraneità verso gli altri; affettività ridotta e sentimenti di diminuzione delle prospettive future.

Proprio per queste caratteristiche inizialmente i bambini vittime di violenza venivano iscritti in questa categoria. Cook et al. (2005) hanno formato un gruppo di lavoro sul trauma complesso, e hanno rilevato che nei casi di violenza cronica risulta più utile parlare di Disturbo Post-Traumatico dello Sviluppo. Questo disturbo presenta sette aree che possono essere danneggiate (*Tabella 1*), che riassumono in parte le patologie che sono state citate precedentemente in questo capitolo. Il trauma complesso subito da queste giovani vittime sembra danneggiare la relazione di attaccamento con il caregiver, poiché sono proprio le figure che dovrebbero prendersi cura dei minori gli attori fondamentali che partecipano e costituiscono il nucleo centrale di eventi traumatici gravi e ricorrenti. Gli episodi violenti si ripetono quotidianamente, di conseguenza il bambino vive una continua sensazione di allerta. Le emozioni diventano impossibili da gestire. È l'adulto che dovrebbe aiutare il bambino a contenere, mentalizzare e interpretare la situazione difficile, ma in questi casi egli di solito risulta distratto e troppo impegnato per accorgersi della sofferenza del bambino e farsene carico. A causa di queste lacune nello sviluppo, i bambini fanno difficoltà a integrare le diverse informazioni in un insieme coerente e unico. Infatti, essi spesso arrivano a sviluppare diversi sintomi dissociativi, con il rischio in età adulta di sviluppare un disturbo dissociativo di personalità (Luberti, Grappolini, 2017). Come viene evidenziato da Baita (2018) in *"Puzzles. Una guida introduttiva al trauma e alla dissociazione nell'infanzia"* il Disturbo post-traumatico dello Sviluppo può strutturarsi sia nel momento in cui i diversi traumi ricorrenti vengono vissuti in prima persona, che quando il bambino assiste a violenze e abusi indirizzate a persone a lui care, ovvero nei casi di violenza assistita. Questa diagnosi è attualmente ancora in discussione, infatti gli autori sono divisi e con concezioni contrastanti. Appare però evidente che questa categoria diagnostica considera molti aspetti della vita e delle capacità del bambino, e permette di avere un quadro generale delle sue funzionalità e delle aree che risultano danneggiate dal trauma. Questo potrebbe aiutare i professionisti nella formulazione del caso e nell'iniziare a ipotizzare un possibile trattamento, in base ai domini compromessi.

*Tabella 1: Aree danneggiate nei bambini esposti a trauma complesso*

Attaccamento	<i>Problemi con i confini Sfiducia e sospettosità Isolamento sociale Difficoltà interpersonali</i>
--------------	--

	<i>Difficoltà a sintonizzarsi sugli stati emotivi altrui Difficoltà ad assumere la prospettiva altrui</i>
Biologia	<i>Problemi dello sviluppo sensomotorio Analgesia Problemi di coordinazione, equilibrio, tono muscolare Somatizzazione Aumento dei problemi sanitari nel lungo termine (dolori pelvici, asma, problemi di pelle, disturbi autoimmunitari, pseudo-convulsioni)</i>
Regolazione emotiva	<i>Difficoltà a regolare la propria emotività Difficoltà a individuare e nominare le emozioni Problemi nel riconoscere gli stati interni e a parlarne Difficoltà a comunicare bisogni e desideri</i>
Dissociazione	<i>Alterazioni distinte degli stati di coscienza Amnesia Depersonalizzazione e derealizzazione Due o più stati distinti di coscienza Ricordi danneggiati degli eventi basati sugli stati</i>
Controllo del comportamento	<i>Scarsa modulazione degli impulsi Comportamento autodistruttivo Aggressività verso gli altri Comportamenti patologici di autoconsolazione Disturbi del sonno Disturbi alimentari Abuso di sostanze Eccessiva obbedienza Comportamento oppositivo Difficoltà a comprendere e seguire le regole Rimessa in atto del trauma nel comportamento o nel gioco (ad esempio atti sessuali, aggressivi)</i>
Aspetti cognitivi	<i>Difficoltà nella regolazione dell'attenzione e nelle funzioni esecutive Difficoltà a mantenere l'interesse Problemi nell'elaborazione di nuove informazioni Difficoltà a concentrarsi su un compito e portarlo a termine Problemi con la costanza oggettuale Difficoltà a pianificare e prevedere Difficoltà a comprendere il concetto di responsabilità Problemi nello sviluppo del linguaggio Problemi di orientamento nel tempo e nello spazio</i>
Concetto di sé	<i>Mancanza di un senso di sé continuo e prevedibile Scarso senso di separatezza Disturbi dell'immagine corporea Scarso autostima Vergogna e senso di colpa</i>

Fonte: Cook et al., 2005.

### 1.3.5 Depressione

La persona affetta da depressione presenta una sensazione di tristezza spesso accompagnata da una riduzione dell'interesse o del piacere per le attività, che compromettono il suo funzionamento e non gli permettono di vivere serenamente la propria vita quotidiana. I fattori scatenanti sono molteplici: fattori ereditari, squilibri ormonali o organici ed eventi emotivamente stressanti, tra cui rientra la violenza assistita (Coryell, 2021). La sensazione è

quella di essere uno spettatore estraneo al mondo, mentre la vita di tutte le altre persone va avanti. La forte sensazione di estraneità porta la persona all'isolamento progressivo. Il soggetto sperimenta forti sensi di colpa e inadeguatezza. Il DSM-5 TR (*Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders Test Revision*) divide la depressione maggiore in tre livelli di gravità: lieve, moderato e grave. Per diagnosticarla è necessario che siano cinque sintomi tra i seguenti continuativamente per almeno due settimane:

- Umore depresso per la maggior parte della giornata
- Marcata diminuzione di interesse per la maggior parte delle attività quotidiane
- Perdita o aumento di peso/appetito
- Insonnia/ipersonnia
- Senso di fatica/perdita di energia
- Agitazione psicomotoria/rallentamento psicomotorio
- Difficoltà a concentrarsi
- Sensazione di mancanza di valore o senso di colpa eccessivo
- Pensieri di morte ricorrenti

È fondamentale che i sintomi causino un disturbo nelle attività sociali e che non dipenda da altre malattie o uso di droghe (Scaccabarozzi, Mencacci, 2018). La violenza assistita rappresenta un forte fattore di rischio che può predisporre il bambino a sviluppare in futuro questa grave psicopatologia.

### **1.3.6 Disturbo del comportamento Dirompente**

La violenza assistita ha un'altra possibile conseguenza evolutiva, che consiste nello sviluppo in adolescenza del Disturbo del comportamento Dirompente (possibile precursore del Disturbo Antisociale di personalità). La violenza assistita può portare il bambino ad attuare differenti meccanismi di difesa per fronteggiare gli eventi traumatici a cui sono esposti, tra cui l'identificazione con l'aggressore. Esso consiste nel rendere propri i comportamenti del genitore abusante, diventando egli stesso, in altre occasioni della propria vita, il carnefice (Montecchi, 2016). Questa difesa, accompagnata dalla coazione a ripetere, porterà il ragazzo a mettersi in situazioni dolorose inconsciamente autodeterminate, che lo porteranno ad attuare comportamenti violenti, etero-distruttivi e deficit nel controllo degli impulsi (Zangrilli, 2016).

### **1.3.7 Adverse Childhood Experience**

Nel valutare le conseguenze che le esperienze di abuso possono avere sul bambino gli autori assumono posizioni diverse. Alcuni preferiscono individuare e focalizzarsi su aspetti di

comorbidità<sup>6</sup>, altri recentemente hanno iniziato a parlare di ACE (Adverse Childhood Experience). Nel 2002 è stato condotto uno studio nel Sud della California dal dottore Feletti et al. per indagare la correlazione tra esperienze infantili avverse e problemi di salute sia fisica che mentale. Quest'indagine è stata effettuata a partire da un'importante intuizione del Dr. Feletti, il quale stava conducendo uno studio sull'obesità, con l'obiettivo di far dimagrire i soggetti. Durante la ricerca diversi pazienti avevano abbandonato lo studio, nonostante il dimagrimento, e molti erano ritornati alla situazione iniziale in poco tempo. Feletti si chiese quale potesse essere la ragione di questi avvenimenti. Scoprì successivamente che molti pazienti avevano vissuto una storia di abuso fisico o sessuale. Questo lo portò a chiedersi se la condizione di obesità fosse una difesa inconscia del soggetto utile per proteggersi da possibili future condizioni di abuso. L'ACE study coinvolse 17.000 partecipanti, così da indagare la possibile presenza di esperienze di abuso o trascuratezza nella loro storia personale infantile. Essi furono inizialmente sottoposti ad un esame fisico, così da rilevare possibili problemi di salute. Successivamente dovettero compilare il questionario ACE. Il questionario aveva l'obiettivo di individuare le condizioni avverse che il soggetto, in età infantile, aveva vissuto. Il questionario è composto da dieci domande che valutano la presenza di condizioni di abuso o negligenza. Quando viene rilevata la presenza della situazione avversa si ottiene un punto per la domanda, di conseguenza il punteggio massimo ottenibile è di dieci punti. I punteggi vengono sommati così da valutare la gravità e la quantità delle esperienze vissute dal soggetto. Lo studio ha individuato una forte relazione tra esperienze infantili avverse e problemi di salute sia fisica che mentale. Inoltre gli autori hanno rilevato che circa due terzi del campione presentava almeno un'esperienza avversa, dimostrando quanto questi fenomeni siano largamente diffusi e pericolosi. Le domande indagavano dieci tipi di condizioni diverse, raggruppabili in tre categorie: abuso, ambiente familiare disfunzionale e negligenza. Le condizioni prese in esame erano abuso fisico o emotivo, presenza nell'ambiente familiare di violenza domestica, separazione/divorzio dei genitori, presenza di un parente che abusasse di sostanze, fosse stato incarcerato, avesse una malattia mentale e negligenza emotiva o fisica. Oltre a essere largamente diffuse, queste esperienze risultano essere fortemente intercorrelate. Questo significa che frequentemente abbiamo la presenza di più condizioni avverse, che si sommano tra di loro. La letteratura ha dimostrato che molteplici esperienze infantili avverse costituiscono un fattore di rischio per l'adulto, in quanto esse sono correlate a problematiche

---

<sup>6</sup> Il soggetto presenta due o più malattie contemporaneamente

nello sviluppo cognitivo, emotivo e sociale, disabilità, malattie e anche più elevata mortalità (Payne Bryson, Siegel, 2020).

In conclusione, si può constatare che la violenza assistita rappresenta un forte fattore di rischio per lo sviluppo di gravi psicopatologie che possono compromettere il funzionamento del soggetto e la vita quotidiana del futuro adulto. È importante quindi sviluppare delle riflessioni rispetto a campagne di prevenzione rivolte a questo tipo di abuso e possibili percorsi di intervento per migliorare la qualità di vita di queste vittime silenziose.

#### **1.4 Disposizioni a tutela dei minori che vivono in famiglie violente**

Nel contesto nazionale italiano l'interesse per i fenomeni di violenza domestica, e le relative disposizioni a tutela delle vittime di questa condizione, hanno una storia relativamente recente. Questo è attribuibile ad un contesto sociale che fino agli anni Settanta sosteneva l'autorità maritale, che permetteva al capofamiglia di usare strumenti di educazione coercitivi nei confronti sia della moglie che dei figli. Questa condizione si modificò solo nel 1975, quando venne abolita l'autorità maritale con il nuovo diritto alla famiglia. Le forme coercitive però non si fermarono, infatti è solo nel 1980 che scomparvero il delitto d'onore e il matrimonio riparatore. Nel libro "*Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli*" R. Luberti e C. Grappolini (2017) fanno un'interessante rassegna dell'evoluzione delle leggi a tutela delle vittime di violenza domestica. Nel libro appare molto importante trattare le disposizioni messe in atto nel 2001, in cui abbiamo i primi passi verso la tutela delle vittime di violenza domestica con la Legge 28/3/2001 e la Legge 4/4/2001. Esse prescrivono interventi tempestivi volti all'allontanamento dalla residenza familiare della persona che ha agito violenza. Questa fu una svolta molto importante perché permette, in modo tempestivo, di interrompere il perpetrarsi della violenza nel contesto familiare. Risulta anche importante evidenziare che l'allontanamento riguarda la persona che ha agito violenza, e non più le vittime, come sottoscritto nell'art. 37 della Legge 149/2001. Questo, oltre a portare all'interruzione della convivenza dannosa, permette al genitore abusato di riprendere il controllo del contesto familiare e di non allontanarsi dalla propria rete sociale, così da poter ristabilire più agevolmente un equilibrio nel proprio vivere quotidiano. Questa disposizione tutela in modo indiretto anche il minore, evitandogli un distacco forzato dalle proprie abitudini e dal proprio contesto sociale e scolastico. Si ha un ulteriore sviluppo in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e dei minori con la Legge 77/2013, approvata dalla Convenzione di Istanbul. Essa prende in esame i diritti di custodia nei casi di violenza, in particolare dispone che l'esercizio dei diritti di custodia non può mettere a rischio la sicurezza

e i diritti dei minori e della vittima. Con questa Legge cambia il modo di concepire la violenza. Essa inizialmente venne presa in considerazione come un semplice atto agito. Con la Legge 77/2013 si inizia ad avere un'ottica preventiva, che mira a evitare la possibilità che il minore o la vittima possano vivere altre situazioni violente, per questo si parla di "diritto alla sicurezza". Nella stessa Convenzione viene inoltre disposto nell' art. 45 che se l'interesse del minore non può essere garantito in altro modo decada la responsabilità genitoriale del genitore maltrattante. Assistiamo a dei cambiamenti nel 2019, con la Legge 69, in cui si intende aumentare la tutela delle vittime di violenza domestica attraverso la modifica del Codice penale e l'inasprimento delle sanzioni. Per tutelare il minore viene introdotta un'aggravante nel momento in cui l'atto viene fatto in presenza o in danno del bambino e inoltre questa legge istituisce che il minore che si trova ad assistere a maltrattamenti o abusi è sempre da considerarsi come "persona offesa" (Camera dei deputati, 2020). Recentemente, l'ultima novità in materia di tutela delle vittime di violenza domestica riguarda la Legge 594 del 21 Aprile 2022, che prende in esame sia la prevenzione della violenza domestica sulle donne che la tutela dei minori nei casi di violenza assistita. La legge si compone di sei articoli che prevedono la messa a punto di sportelli di ascolto e di informazione per le donne vittima di violenza domestica, anche attraverso il ricorso al PRNN (*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*), con la realizzazione delle Case di Comunità. Oltretutto viene anche incrementato il supporto finanziario per le vittime di violenza. La legge prevede anche la messa in atto di disposizioni a tutela dei minori che assistono alla violenza familiare. In particolare, l'art. 2 prevede che le scuole promuovano degli incontri con psicologi e psicoterapeuti con il fine di individuare situazioni di disagio, valutare il quadro complessivo di compromissione del minore e progettare un possibile intervento. L'art. 3 mette in contatto la scuola e la famiglia, si occupa di supportare i genitori per evitare degli episodi di violenza nel contesto familiare. Essa prevede che vengano svolti dei lavori integrati tra figli e genitori che aiutino quest'ultimi a prendere consapevolezza del vissuto del ragazzo e del danno che la situazione familiare disfunzionale gli ha arrecato, e possibilmente spingerli verso un percorso di cambiamento (Senato della Repubblica, 2022).

In conclusione, possiamo notare come la violenza assistita stia acquistando sempre più importanza nel contesto nazionale, e quanto risulti sempre più urgente implementare degli interventi che aiutino sia nella prevenzione che nella tutela di queste giovani vittime.

## **Capitolo 2: Separazioni altamente conflittuali e abbandoni**

### **2.1 Separazioni altamente conflittuali e rischi per il bambino**

Williams si occupò di indagare il concetto di trauma e i suoi effetti avversi sullo sviluppo della personalità. Egli sostiene che il trauma è un'esperienza pervasiva legata a una forte sensazione di angoscia, causata da una difficoltà a ristabilire sicurezza e controllo, facendo affidamento su sé stessi o su un altro significativo (2009). Il trauma sembra avere quindi una forte componente relazionale, che può avere a che fare con due tipologie di fenomeni: la perdita di connessione e l'incapacità di sollecitare una risposta di aiuto in una figura di riferimento. Partendo da questo presupposto, possiamo individuare due modi differenti di vedere il trauma in connessione con le relazioni:

- Trauma nel contesto relazionale: il trauma non ha un'origine relazionale, ma deve essere contestualizzato per valutare il suo effetto sul soggetto e sulle sue relazioni interpersonali.
- Trauma relazionale: il trauma si origina da esperienze traumatiche croniche legate a relazioni di accudimento inadeguate.

La separazione è un evento stressante che porta alla sperimentazione di un forte dolore. Esso non sempre si configura come un'esperienza traumatica, ma spesso lo diventa quando il dolore causato dalla separazione è troppo complesso da tollerare ed elaborare per il soggetto. È importante fare una distinzione tra il concetto di separazioni traumatiche e quello di separazioni conflittuali. È difficile dare una definizione unitaria di separazioni traumatiche, poiché si parla di un concetto che comprende una grande gamma di fenomeni. Le separazioni conflittuali sono una possibile forma di separazione traumatica, e si riferiscono alla condizione nella quale “la coppia presenta nel tempo modalità rigide e distruttive di relazione che finiscono per coinvolgere pesantemente i figli, senza alcuna possibilità di raggiungere accordi rispetto alla gestione degli stessi né in altre aree della separazione” (CISMAI, 2019).

#### **2.1.2 Il vissuto dei genitori nei casi di separazione**

Johnson, psicologa clinica di fama mondiale che si è interessata al tema delle relazioni di coppia fin dagli inizi degli anni 2000, propone il concetto di lesioni di attaccamento nella sua “teoria delle relazioni di amore” per parlare di questo fenomeno. La teoria qui citata inizia a prendere forma nel 2002, con la pubblicazione di *“Emotionally Focused Couple Therapy with Trauma Survivors: Strengthening Attachment Bonds.”*. Ella ritiene che le relazioni d'amore

sicure abbiano un effetto positivo sullo sviluppo della resilienza individuale, utile per fronteggiare i pericoli e gli eventi stressanti della vita. Nel momento in cui si sperimenta una perdita di connessione con il partner, il soggetto può vivere una sensazione di abbandono che influisce negativamente sulla qualità della relazione. Se, in situazioni di bisogno impellente, la persona vive ripetutamente dei micro-abbandoni da parte del partner possiamo parlare di lesioni di attaccamento. Esse si configurano come un trauma relazionale che porta il partner minacciato a fare una richiesta di vicinanza al coniuge, che se non viene accolta porta a manifestazioni di rabbia, ansia, disperazione e depressione. Se queste richieste non vengono recepite dal partner, si attiverà un tentativo di soppressione del bisogno di attaccamento attraverso distacco ed evitamento. Questa modalità relazionale ha delle similitudini con la relazione di attaccamento infantile, poiché pone il soggetto di fronte al rischio di disorganizzazione del sistema di attaccamento<sup>7</sup> e senso di impotenza nella sperimentazione dell'esperienza traumatica. La relazione diventa in breve tempo caotica, con effetti negativi che investono entrambi i partner.

### **2.1.3 La gestione della genitorialità nelle coppie separate**

La genitorialità e la coniugalità sono strettamente intrecciati, proprio per questo quando ci si trova in una separazione può risultare difficile dividere questi due aspetti. Nel momento in cui la coppia deve affrontare una separazione, è fondamentale che i genitori cerchino di mantenere un rapporto di collaborazione, cosicché entrambi possano esercitare agevolmente la loro funzione genitoriale, nonostante la crisi in atto (Dallanegra, 2005). In particolare, risulta utile, per minimizzare l'impatto negativo che la separazione può avere sui figli, accordarsi sulla motivazione da comunicare ai minori riguardo a ciò che ha portato al fallimento dell'unione e rassicurarli rispetto al fatto che entrambi i genitori continueranno a essere presenti e a prendersi cura di loro. È importante che il genitore aiuti il figlio nella comprensione e nell'elaborazione della separazione, poiché la sua presenza media il processo di adattamento all'evento traumatico. Il genitore dovrebbe mettere in campo delle azioni fondamentali per il buon superamento della crisi familiare, come ad esempio riconoscere l'esperienza soggettiva del figlio, tollerare il suo stato affettivo, gestire la sua risposta emotiva e ristabilire un ambiente sicuro (Luberti, Grappolini, 2017).

Purtroppo, i conflitti tra i coniugi spesso non premettono una collaborazione ottimale tra i due, di conseguenza spesso sono proprio i figli a pagare il prezzo più alto di questa decisione.

---

<sup>7</sup> La figura di attaccamento è contemporaneamente la fonte del dolore, ma anche la soluzione.



Daniela Missaglia, avvocatessa matrimonialista, cerca di affrontare il difficile argomento delle separazioni conflittuali attraverso il racconto di dodici storie ispirate a casi reali. In questo libro si parla di figli calpestati, testimoni silenziosi di litigi, vendette e guerriglie tra genitori. Figli privati di una normale vita familiare, costretti ad alternarsi tra un genitore e altro, in un equilibrio costantemente precario. A volte essi vengono obbligati a fare una scelta tra madre o padre, che li porterà a subire la rabbia e la delusione del genitore escluso e a sperimentare un forte senso di abbandono. Si può parlare di figli cresciuti nell'ombra del conflitto, usati come armi da puntare l'uno sull'altro (2012).

#### **2.1.4 Quando la separazione diventa un evento traumatico per il bambino**

Nel migliore dei casi durante una separazione i figli potrebbero aver assistito all'erosione della relazione coniugale dei genitori, ma nel peggiore capita che essi vengano coinvolti nel conflitto diventandone parte attiva. La separazione rischia di diventare un'esperienza traumatica per i figli nel momento in cui l'elevata sofferenza provata dai genitori li distrae dai loro bisogni oppure quando essi vengono costretti a reprimere la sofferenza connessa all'evento. Ci sono dinamiche relazionali che possono aumentare l'effetto traumatico della separazione, come ad esempio legami caratterizzati da diverse forme d'odio<sup>8</sup> e di indifferenza<sup>9</sup>. Vittorio Cingoli ha proposto una classificazione che esemplifica situazioni relazionali che più frequentemente evolvono in separazioni traumatiche, identificando due tipologie di legame: il legame disperante e il legame disperato. Il legame disperante si riferisce a due situazioni: nel primo caso il partner non riesce ad affrontare il dolore della separazione e se ne difende negando la fine della relazione; nel secondo caso il partner cerca di distruggere l'altro fino ad annullarlo, con lo scopo di proteggersi. Il legame disperato, invece, si riferisce ad un partner che perde la speranza di poter costruire un legame non solo in relazione al coniuge, ma in riferimento ai legami in generale. È frequente, in questi casi, che i genitori arrivino ad attuare delle condotte dannose verso i figli, che si possono articolare in tre forme generali:

- Scisma: in questo caso si assiste a una violenta separazione dei figli dall'ex partner e a volte anche dai suoi familiari. La causa è un forte disprezzo provato verso l'ex partner, che non solo impone al figlio una chiusura forzata con uno dei genitori, ma anche di non poter comunicare i sentimenti che prova.

---

<sup>8</sup> Manipolazione, tradimenti, disprezzo, oppressione, menzogna e intimidazione.

<sup>9</sup> Insensibilità, distacco, cinismo.

- Attacco reciproco distruttivo: i figli vengono usati come oggetto di contesa ed esposti continuamente al conflitto tra i coniugi, spesso arrivando alla triangolazione<sup>10</sup>.
- Inettitudine: si registra, in questo caso, una indifferenza rivolta verso i figli che può sfociare anche in un vero e proprio abbandono, causata da una voglia del genitore di vivere pienamente la propria vita, evitando la presa di responsabilità, oppure a un disinvestimento nella costruzione e nella coltivazione dei legami più generica.

Solitamente il processo di separazione segue tre fasi: periodo di disorganizzazione, ricerca attiva di risorse e consolidazione di un nuovo livello di organizzazione. Nel momento in cui la famiglia riesce a superare in modo ottimale questo processo possiamo parlare di reazione riadattiva del nucleo familiare. Purtroppo, accade spesso che in queste tre fasi si configurino comportamenti e relazioni disfunzionali che pongono il bambino di fronte a forti rischi. Spesso i figli vengono coinvolti attivamente nel conflitto, usati come oggetto di contesa, costretti o a schierarsi con uno dei genitori oppure a mediare il conflitto. Il ruolo che vanno ad assumere nella separazione cambia in base alla relazione che si viene a configurare con i genitori. Il figlio può arrivare ad assumere il ruolo di *partner sostitutivo*, dove il genitore carica la sua figura di desideri e aspettative irrealizzabili. In questo caso il figlio viene investito da un forte processo di responsabilizzazione che può diventare patologico nel momento in cui esso va oltre le risorse possedute dal figlio o quando questo porti al non riconoscimento dei suoi bisogni affettivi. Di solito si assiste al configurarsi di un'alleanza con uno dei genitori che può arrivare ad atteggiamenti di aperto rifiuto e alienazione<sup>11</sup>. In altri casi il rapporto con uno dei genitori si può strutturare in maniera differente, il genitore può denigrare il bambino poiché gli attribuisce le caratteristiche negative dell'ex partner. Questo porta al non riconoscimento del punto di vista soggettivo del bambino e delle sue difficoltà, anzi il disagio, oltre a essere ricondotto all'ex partner, viene utilizzato contro l'altro genitore. Le dinamiche altamente conflittuali pongono il bambino davanti a diversi rischi, tra cui quello di non essere visto: i genitori sono troppo impegnati nel conflitto per accorgersi dei bisogni e del disagio provato dal figlio. Dalle dinamiche elencate in precedenza si può dedurre che le separazioni altamente conflittuali favoriscono lo strutturarsi di diverse forme di

---

<sup>10</sup> I genitori cercano di ottenere il sostegno del figlio contro l'altro.

<sup>11</sup> Si fa riferimento alla PAS (Sindrome da Alienazione Parentale), che vede il minore rifiutare una delle due figure genitoriali a causa dell'indottrinamento dell'altro genitore. Questa sindrome viene usata soprattutto in ambito legale, ma è ad oggi oggetto di controversia perché non è riconosciuta ufficialmente o validata scientificamente.

maltrattamento sul bambino, per questo si parla di rischio di polivittimizzazione<sup>12</sup>. Secondo i dati ISTAT (2014) le separazioni hanno subito un incremento del 68,8%, questo ha portato ad un aumento anche dei casi di maltrattamento legati a processi di separazioni conflittuali. La forma di maltrattamento che viene ad instaurarsi più facilmente in situazioni di alta conflittualità è il maltrattamento psicologico, particolarmente insidioso a causa della difficoltà legata alla sua rilevazione (Luberti, Grappolini, 2017). Di conseguenza possiamo constatare che le separazioni altamente conflittuali rappresentano un argomento spinoso che deve essere approfondito, poiché si tratta di un fenomeno in crescita in cui il bambino viene messo in una posizione di forte vulnerabilità.

## **2.2 Conseguenze nel vivere una situazione di separazione traumatica**

La separazione rappresenta per il bambino un'esperienza ad alto impatto emotivo, che si porta con sé un forte vissuto di sofferenza. Essa però non rappresenta di per sé un'esperienza traumatica, in quanto è il modo in cui i genitori gestiscono questo evento a fare la differenza. Le conseguenze che la separazione può avere sul minore dipendono da diversi fattori, che vengono raggruppati in due macrocategorie: in primo luogo bisogna fare attenzione alle variabili contestuali che inglobano la storia familiare, la conflittualità manifesta o latente tra i partner, la qualità dei rapporti tra figlio e genitore, il contesto socioculturale di appartenenza e il cambiamento della struttura familiare. In secondo luogo, bisogna considerare i fattori psicologici e individuali del bambino, come l'età, il sesso, la struttura di personalità, il temperamento e la resilienza (Canavesi, Porta, 2012).

È stato dimostrato da diverse ricerche che la relazione disfunzionale tra i genitori tende a creare un ambiente rigido e poco differenziato, che può avere un'influenza negativa sullo sviluppo della mentalizzazione, sull'intersoggettività e sulla regolazione affettiva del minore, fino ad arrivare al rischio psicopatologico. Se queste condotte vengono perpetrate nel tempo si possono strutturare diverse forme di traumatizzazione, che si manifestano attraverso una variegata sintomatologia emotiva e comportamentale (CISMAI, 2019).

### **2.2.1 Attribuzione della colpa e confusione**

I bambini fanno molta difficoltà a distinguere il rapporto tra i coniugi con il rapporto che gli stessi hanno con loro, di conseguenza spesso si attribuiscono la colpa dell'abbandono della casa coniugale da parte di un genitore, sperimentando un forte senso di perdita e abbandono con conseguente disagio e dolore. La mancata elaborazione dei conflitti e delle emozioni

---

<sup>12</sup> Il soggetto subisce diverse forme di abuso in concomitanza oppure in sequenza, da uno o più autori.

associate a questi eventi potrebbe far insorgere diverse problematiche nel minore, come disturbi del sonno, regressioni cognitive, ansia da separazione e tristezza (Benazzi, 2023).

I bambini contesi in una separazione conflittuale spesso si ritrovano confusi, poiché le figure genitoriali danno messaggi e informazioni contraddittorie. Questo stato di confusione, se perpetrato nel tempo, può diventare molto pericoloso, poiché spesso muta in sfiducia. Questa sfiducia, inizialmente volta verso le figure genitoriali, può ampliarsi nel futuro adulto verso i rapporti intimi che andrà a stringere, minando la sua capacità di costruire e mantenere delle relazioni significative.

### **2.2.2 Paura e solitudine**

Le separazioni conflittuali sono solitamente connotate da un clima di aggressività e forte tensione, che portano il bambino a temere per la propria incolumità e per quella dei suoi cari. Proprio a causa di questa dinamica familiare i bambini che vivono questa situazione spesso sperimentano una forte paura, e solitamente implementano dei meccanismi di difesa per proteggersi. Il meccanismo più ricorrente è l'evitamento, ma nei casi più gravi questa difesa può diventare abituale ed evolversi in una scissione vera e propria, che può portare il bambino ad avere una visione degli altri e del mondo distorta. Il bambino si ritrova da solo nel momento in cui affronta queste difficoltà, poiché non può esprimere il suo disagio sia con i genitori, che con i familiari, che si ritrovano troppo impegnati nel conflitto. L'esprimere pienamente il proprio vissuto metterebbe il figlio di fronte a rischi altissimi, come quello di ferire e perdere le figure genitoriali. Per evitare queste ripercussioni il bambino impara cosa dire e come dirlo in base al genitore che si trova davanti, a volte anche dicendo bugie e diventando eccessivamente accomodante. Al figlio non viene riconosciuto il suo vissuto, le figure che dovrebbero aiutarlo a mentalizzare e contenere queste difficili situazioni non sono presenti per lui. Il conflitto spesso porta i genitori a trattare il figlio non come una persona, ma bensì come un oggetto di scambio e contesa. Ovviamente la conseguenza naturale di questa dinamica è una forte sofferenza nel bambino, per questo a volte si parla di vittime invisibili del conflitto. Inconsapevolmente i ragazzi possono mettere in atto delle condotte per riportare l'attenzione dei genitori su di lui, come farsi del male, farsi sgridare o rompere qualcosa, ma spesso questo non basta poiché l'attenzione a loro dedicata si rivela solo momentanea. I figli spesso si sentono impotenti e provano forti sensi di colpa, poiché si sentono responsabili rispetto alle difficoltà dei genitori, ma allo stesso tempo non riescono a trovare delle strategie utili per contenere o interrompere il conflitto. L'impotenza e la frustrazione possono

trasformarsi in rabbia, che si può esprimere attraverso azioni violente, forti capricci e condotte aggressive (Luberti, Grappolini, 2017).

### **2.2.3 Separazioni conflittuali e disturbi alimentari**

Anche la relazione con il cibo sembra essere intaccata dall'esperienza del divorzio, che si può esprimere attraverso lo sviluppo di disturbi alimentari o condizioni di sovrappeso. È stata studiata la relazione tra bulimia e diverse forme di relazioni familiari in un campione di 25 donne di età compresa tra i 19 e i 35 anni. La ricerca ha rilevato un legame tra lo sviluppo del disturbo alimentare e storie di separazioni traumatiche (Igoin-Apfelbaum, 1985). Un altro studio condotto da Yannakoulia et al. nel 2008 ha confrontato un gruppo di bambini che avevano sperimentato il divorzio con un gruppo appartenente a una famiglia tipica. L'obiettivo era indagare la relazione tra fattori familiari avversi, come il divorzio, e il sovrappeso in età infantile. L'analisi ha rilevato una associazione significativa tra queste due variabili, dimostrando quindi che esiste una relazione tra l'esperire il divorzio e l'essere in sovrappeso.

### **2.2.4 Uso e abuso di alcol**

L'uso di alcol in un'età precoce sembra essere correlato a una storia familiare disfunzionale, soprattutto nei casi di divorzio o separazione, come dimostrato dallo studio di Jackson et al. condotto su 931 studenti che frequentavano la scuola media (2016). La difficoltà non si ferma al suo consumo in età precoce, ma può sfociare in un vero e proprio abuso. È stato dimostrato che la separazione dei genitori o una storia genitoriale caratterizzata da abuso di alcol sono fortemente correlati con la dipendenza da alcol per la prole (Thompson, Lizardi, Keyes e Hasin, 2008).

### **2.2.5 Rendimento scolastico e abbandono precoce degli studi**

In questo campo è stata ampiamente studiata anche la correlazione tra rendimento scolastico e separazioni. È ormai validato che il rendimento scolastico subisca un peggioramento nei ragazzi che hanno vissuto una separazione familiare, portando a minori possibilità di diplomarsi e di frequentare l'università. Nei casi più gravi possiamo assistere a giovani che lasciano gli studi molto precocemente, arrivando ad avere unicamente la licenza media (Amato P. R., 2001). Uno ampio studio è stato condotto recentemente da Karhina et al. per indagare la relazione tra abbandono scolastico e separazioni, in particolare è risultato che i figli di genitori separati sono esposti ad un rischio più elevato di non completare gli studi, ma

la relazione è complessa; infatti, è influenzata da molteplici fattori (Karhina, Bøe, Hysing, Askeland e Nilsen, 2023).

### **2.2.6 Sfiducia relazionale e rischio di trasmissione intergenerazionale**

Un altro campo che spesso risulta compromesso nei bambini che hanno vissuto una separazione conflittuale riguarda le relazioni. Come è stato detto in precedenza in questo capitolo, la confusione creata dai messaggi contraddittori dei genitori può far sviluppare un senso di sfiducia nel bambino, che può andare a riversarsi in età adulta anche nelle sue future relazioni. La problematica legata a questo dominio sembra aumentare nel momento in cui il bambino viene costretto o ad allontanarsi da una delle due figure genitoriali o a esprimersi con toni molto critici nei suoi confronti. Questo va a minare il modo in cui il bambino andrà a vivere le sue future relazioni poiché l'attacco o il rifiuto del genitore, oltre ad avvenire realmente nella realtà esterna, comporta delle ripercussioni sull'immagine interna di quella figura, andando a modificare i MOI di riferimento del bambino. La letteratura inoltre evidenzia che i bambini che vengono esposti a condotte aggressive o disfunzionali spesso tendono a rimettere in atto le stesse condotte nelle relazioni future, andando quindi a ripetere e ricreare l'ambiente disfunzionale infantile. Questo, oltre a mettere il ragazzo in una forte situazione di disagio e a minare la sua capacità di mantenere delle relazioni significative, pone un forte rischio di trasmissione intergenerazionale. Per trasmissione intergenerazionale si intende il rischio di trasmettere, non solo al figlio, ma anche alle generazioni future le condotte violente osservate, creando un vero e proprio circolo vizioso che passa da generazione a generazione, con lo stesso meccanismo (Vegetti Finzi, 2005).

### **2.2.7 Ripercussioni a lungo termine per i bambini che vivono una separazione conflittuale**

L'evoluzione del disagio provato dal bambino che vive una separazione conflittuale disfunzionale può assumere diverse forme, come evidenziato nel libro di R. Luberti e C. Grappolini (2017), che si possono sintetizzare nelle seguenti difficoltà:

- Disturbi di regolazione delle emozioni
- Disturbi comportamentali
- Disturbi dell'attaccamento
- Disturbo da Stress Post-Traumatico
- Disadattamento
- Sviluppo di dipendenze

- Disturbi del sistema immunitario
- Disturbi emotivi e relazionali
- Fragilità dei fattori protettivi e di resilienza
- Insuccesso scolastico
- Rischio di disturbi psicopatologici in età adulta e cronicità

L'impatto che la separazione conflittuale ha sul bambino dipende fortemente dall'età di quest'ultimo. La letteratura ha dimostrato che sono proprio i bambini che la sperimentano in tenera età a correre il rischio più alto, poiché non possiedono gli strumenti adatti per contenere ed elaborare la situazione in modo funzionale.

### **2.3 Modalità di intervento e risorse per il bambino vittima di violenza**

Durante il corso di questa trattazione è stato evidenziato come la violenza assistita rappresenti una condizione di pericolo per il minore, che si trova a fronteggiare una situazione di maltrattamento e trascuratezza particolarmente dannosi. Le conseguenze a cui il ragazzo va incontro dipendono da molti fattori, è certo però che un intervento tempestivo ed efficace possa attenuare i danni che il bambino subirà da questa situazione problematica. È importante quindi trovare delle modalità di intervento diversificate che permettano di interrompere la situazione di violenza e di intervenire e lavorare sui danni subiti dal bambino da questa difficile condizione.

#### **2.3.1 Direttive del Cismai per l'organizzazione degli interventi nei casi di violenza assistita**

La violenza assistita è un fenomeno altamente sottovalutato, anche a causa di resistenze culturali ancora forti nel nostro Paese. Le credenze culturali errate, la mancanza di segni evidenti e la sottostima delle conseguenze che queste condotte possono avere sul minore portano a gravi difficoltà nel rilevamento e nella presa in carico di queste giovani vittime. Come affermato dal Cismai (2017) nel documento "Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri" i servizi che si occupano della presa in carico risultano carenti sia a livello di competenze tempestive ed efficaci di risoluzione che rispetto alla possibilità di usufruire delle risorse necessarie a causa di una crisi del welfare più generalizzata. La difficoltà risiede anche nel fatto che è auspicabile che l'intervento venga elaborato in un'ottica multidisciplinare, mettendo in contatto servizi e realtà diverse (Ente giudiziario, centri antiviolenza, scuola, famiglia...) a favore e sempre nell'ottica del supremo interesse per il minore. L'intervento nei casi di violenza assistita si compone di quattro fasi

principali, così articolate: rilevazione, protezione, valutazione e trattamento. Sarebbe ottimale accompagnare a queste fasi un attento monitoraggio e in seguito effettuare un follow-up, per valutare l'efficacia dell'intervento e la condizione attuale del nucleo familiare. La rilevazione è una fase fondamentale e consiste nel rilevare la presenza di minori in contesti di violenza domestica, valutando la presenza di segnali di disagio o di malessere nel ragazzo. Questa fase spesso incontra delle difficoltà a causa di resistenze culturali che a volte colpiscono anche gli stessi operatori, per questo è fondamentale implementare e ampliare campagne di sensibilizzazione sull'argomento e fornire una formazione adeguata e specifica agli operatori. Il primo passo per identificare una situazione di violenza assistita è distinguere le situazioni conflittuali dalle situazioni di violenza, evitando di sottovalutare il fenomeno. Successivamente è fondamentale valutare tempestivamente la tipologia di maltrattamento, le sue caratteristiche, lo stato psico-fisico del minore e del suo nucleo familiare, la presenza di fattori di rischio o di protezione, così da attivare un intervento adeguato alla situazione specifica. Dopo aver rilevato la situazione di violenza assistita è importante attivare in modo tempestivo azioni rivolte alla protezione delle figure colpite dal maltrattamento, a partire da un'interruzione abbastanza immediata della violenza nei confronti di chi la subisce direttamente (un esempio può essere l'allontanamento dalla residenza familiare del genitore maltrattante). Gli interventi di protezione spesso sono mediati dalle Istituzioni preposte, come Centri antiviolenza o l'autorità giudiziaria. Per garantire la protezione del minore è importante valutare l'affidamento e le modalità di visita del genitore maltrattante, di modo da non compromettere in alcun modo i suoi diritti e la sua sicurezza. Nei casi più gravi l'autorità giudiziaria può ricorrere alla sospensione della responsabilità genitoriale, qualora non ci fossero condizioni alternative per garantire il benessere del minore. Successivamente risulta di fondamentale importanza fare una meticolosa valutazione dello stato fisico e psicologico del minore. È importante nei casi di maltrattamento valutare le conseguenze che la situazione traumatica ha avuto sul bambino, sia a livello individuale che relazionale. In questa fase si andranno ad analizzare l'interazione tra fattori di rischio e fattori di protezione, la tipologia di maltrattamento e la possibile presenza di più maltrattamenti, lo stato psico-fisico del bambino e il livello di danno o di rischio a cui è esposto il minore. Per progettare un intervento efficace è inoltre necessario fare un'attenta valutazione del genitore maltrattante, in relazione alla sua capacità di assunzione di responsabilità e di riconoscimento del danno inflitto, alla possibilità di recidiva in comportamenti disfunzionali, della pericolosità e della recuperabilità della funzione genitoriale. Le fasi precedentemente elencate portano alla formulazione di un trattamento che tempestivamente metta a disposizione percorsi riparativi che aiutino il minore



sia a livello individuale che relazionale, soprattutto in riferimento al rapporto tra genitore-bambino. La violenza assistita può declinarsi in forme molto diverse, inoltre le conseguenze di questa condizione dipendono da diversi fattori in interazione. Proprio per questo la letteratura non ha individuato un unico trattamento efficace per agire in questa situazione. Occorre ascoltare la storia del paziente, indagare i fattori di rischio ma anche le risorse presenti, le sue caratteristiche di personalità per creare un intervento il più possibile “cucito su misura” sul paziente.

### **2.3.2 Direttive del Cismai per l'organizzazione degli interventi nei casi di separazione altamente conflittuale**

Una dinamica familiare specifica in cui spesso i figli subiscono violenza assistita è la separazione. Quando la separazione viene gestita in modo disfunzionale dai genitori spesso sono i figli a pagarne il prezzo più alto. Di conseguenza risulta importante intervenire tempestivamente in queste situazioni, così da interrompere il perpetrarsi della violenza ed evitare che i danni sul minore aumentino. In questi casi gli interventi seguono lo stesso schema di quelli implementati nei casi di violenza assistita, ma il focus del trattamento si concentra sia sul lavoro sui danni arrecati al minore che sulla cura delle funzionalità genitoriali ormai distorte. È essenziale lavorare con i genitori sulla assunzione di responsabilità, poiché spesso essi sono inconsapevoli che le loro condotte creano sofferenza e danneggiano il figlio. Inoltre, frequentemente nei casi di separazione conflittuale i figli sono utilizzati come strumenti per vincere la propria guerra legale, servendosi come sostegno o come prova dell'incapacità genitoriale contro l'ex-partner. Rendere i genitori consapevoli di queste dinamiche è il primo passo per cercare di ripristinare il rapporto tra genitore-bambino e cercare di riattivare le competenze di parenting (mentalizzazione, adattabilità, intersoggettività e responsabilità). I genitori che si separano inoltre non vengono informati sui percorsi che potrebbero intraprendere per affrontare la separazione e non conoscono le risorse di cui possono usufruire a livello territoriale. Sarebbe quindi utile attivare delle campagne informative per i genitori e ampliare e formare dei servizi territoriali che si occupino del fenomeno, attraverso tecniche e risorse diverse e multidisciplinari (come interventi di facilitazione delle relazioni genitoriali, interventi terapeutici di coppia, individuali e familiari, gruppi di auto-aiuto...). La letteratura ha evidenziato che risulta utile lavorare sul rafforzamento delle risorse e della resilienza del minore, anche attraverso percorsi educativi individuali e di gruppo (Cismai, 2019).

### **2.3.3 Il Circolo della Sicurezza**

Uno strumento utile per sostenere la genitorialità che la letteratura ha ormai validato con evidenze cliniche è il Circolo della Sicurezza ideato da Powell, Cooper, Hoffman e Marvin (2016). Esso si articola in otto incontri della durata di un'ora e mezza. L'obiettivo è migliorare la relazione genitore-bambino aiutando i primi ad aumentare le proprie capacità di osservazione per comprendere il mondo emotivo del bambino e i suoi bisogni. Questo permetterebbe lo sviluppo di capacità utili per aiutare i propri figli a fronteggiare emozioni critiche, riconoscendo le proprie emozioni e imparando quanto queste abbiano un impatto sulla relazione con il bambino e sostenendo l'autostima e le attitudini del figlio. Per facilitare l'apprendimento e lo sviluppo di queste competenze il programma si avvale della tecnica del videofeedback<sup>13</sup>.

Questo programma è stato ideato nel 1998, ma risulta ancora valido ed efficace; infatti, recentemente Save the Children (2022) ha implementato questo strumento nel progetto "Ad Ali Spiegate", con l'obiettivo di supportare i nuclei mamma-bambino vittime di violenza domestica e assistita. Il progetto offre diversi strumenti integrati sia a sostegno della madre (interventi di sostegno all'autonomia e inserimento lavorativo) che del bambino. Innanzitutto, risulta fondamentale creare degli interventi a sostegno del benessere, offrendo a queste due figure esperienze positive e di crescita. Oltre a ciò, il programma offre delle esperienze psicoeducative a supporto della relazione mamma-bambino, attività ludico-ricreative finalizzate alla promozione della socializzazione e delle risorse del bambino e, infine, attività formative per favorire lo sviluppo del minore. Il progetto ha mostrato dei risultati positivi per la riparazione del legame mamma-bambino e la crescita e l'adattamento individuale.

### **2.3.4 La Child-Parent Psychotherapy**

La psicoterapia rivolta ai minori che hanno subito violenza assistita deve in primo luogo puntare al ripristino di una condizione di sicurezza. Questo è necessario per far cessare il continuo stato di allarme in cui si trova il bambino, così da creare uno spazio accogliente che permetta la rielaborazione degli eventi traumatici. L'OMS raccomanda ai professionisti nel campo di adottare un modello ecologico nella presa in carico del minore, ovvero di considerare e lavorare su tutti quei fattori che hanno connotato la situazione di violenza: sociali, relazionali, individuali, ambientali e culturali. La letteratura ha individuato la Child-

---

<sup>13</sup> Utilizzo di video forniti dal Circuito Internazionale del Circolo della Sicurezza con l'obiettivo di facilitarne l'apprendimento.

Parent Psychotherapy (CPP) come strumento ottimale per trattare i casi di violenza assistita, strumento ideato da Lieberman nel 2004. Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia di questo trattamento, come lo studio condotto da Lieberman et al. nel 2005 che ha mostrato i benefici che la CPP può avere su bambini che sono stati esposti alla violenza coniugale. Un altro studio che ha mostrato l'efficacia della CPP è quello condotto da Gosh Ippen et al. nel 2011, che ha mostrato come questo intervento migliori le condizioni di vita di bambini che hanno subito eventi traumatici e stressanti nella prima infanzia. Si tratta di un intervento che ha come focus la relazione genitore-figlio. Esso prevede degli incontri settimanali della durata di sessanta minuti per il totale di un anno di lavoro. L'obiettivo è quello di ricreare una narrativa comune rispetto agli eventi traumatici vissuti. Questo permette di aiutare il genitore nello svolgere azioni di sostegno e contenimento della vicenda vissuta nei confronti del figlio, che si può sentire finalmente riconosciuto nei suoi bisogni e affetti. Il fine ultimo del protocollo sarebbe la riattivazione di una genitorialità positiva che aiuti il figlio a lenire i danni subiti dalla violenza e la ricostruzione di un legame di fiducia tra genitore e figlio.

### **2.3.5 La psicoterapia sensomotiva e l'EDMR: lavoro sulla relazione trauma-corpo**

Altri due approcci al trattamento di queste situazioni di violenza che la letteratura ha individuato come funzionali sono la psicoterapia sensomotiva e l'EDMR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*). La psicoterapia sensomotiva si basa sulla teoria ampiamente validata che vede il trauma come un evento in cui le strutture corticali si spengono per permettere al sistema limbico di agire in modo tempestivo. In queste situazioni di pericolo l'individuo entra in modalità sopravvivenza e può agire o con risposte attacco/fuga o immobilizzandosi. Le risposte attacco/fuga provocano un iper-arousal<sup>14</sup> che portano anche a una forte attivazione emotiva, al contrario l'immobilizzazione provoca un ipo-arousal<sup>15</sup> che porta ad uno spegnimento emotivo. Le strutture corticali ci permettono di dare un significato all'evento e di poterlo elaborare, il loro spegnimento in situazioni traumatiche o di pericolo non permette di integrare queste memorie e di poterle elaborare. La psicoterapia sensomotiva utilizza un approccio mente-corpo e intende lavorare sulla memoria procedurale, ovvero una memoria che di fronte a determinati stimoli ci fa mettere in atto sempre gli stessi schemi comportamentali. Durante la psicoterapia sensomotiva risulta necessario affrontare l'esperienza traumatica nel qui ed ora, di modo da ricercare l'emozione elementare che non si è potuta manifestare durante l'evento traumatico e far vivere al paziente un'esperienza

---

<sup>14</sup> Alta attivazione fisiologica.

<sup>15</sup> Bassa attivazione fisiologica.

regolatoria che in passato non ha potuto sperimentare. Il tutto viene accompagnato da un assetto di mindfulness, ovvero un atteggiamento da parte del paziente di attenzione consapevole e non giudicante nel qui ed ora, che permetta di prestare attenzione a quegli aspetti più nascosti del suo sé. Vengono seguite tre fasi differenti rispetto al lavoro sul trauma in base al modello piagetiano, che si articolano in stabilizzazione, elaborazione e integrazione. Nella fase di stabilizzazione il paziente dovrebbe stare in uno stato di attivazione ottimale che permetta una prima elaborazione del trauma. Successivamente, nella fase di elaborazione, viene chiesto al paziente di identificare le sensazioni corporee relative al trauma e successivamente ciò che queste sensazioni hanno portato a livello emotivo e cognitivo. Infine, nella fase di integrazione, il paziente deve svolgere delle azioni mentali e comportamentali finalizzate all'assimilazione degli eventi e del senso di sé. Questa successione fa sì che il paziente implementi dei processi bottom-up, ovvero l'evento traumatico viene analizzato a partire dalle sensazioni motorie, per poi passare ad un inquadramento emotivo e cognitivo.

La psicoterapia EDMR ha presupposti simili alla psicoterapia sensomotiva, poiché si basa sull'idea che la situazione traumatica porta allo spegnimento delle aree corticali nel cervello, creando un ricordo frammentato e prevalentemente connotato da sensazioni motorie ed elementi emotivi disconnessi. Nel momento in cui il paziente incontra degli stimoli che ricordano la situazione traumatica da lui vissuta la sofferenza e il malessere legato a quel ricordo emergono, cambiando il modo in cui egli percepisce e organizza il mondo. I ricordi, quindi, rimangono immagazzinati nell'emisfero destro del cervello, restando separati dall'emisfero sinistro, in cui hanno sede le funzioni linguistiche. L'EDMR cerca di colmare questa separazione attraverso l'attivazione alternata dei due emisferi, per facilitarne la comunicazione. La terapia prevede di far rivivere l'evento traumatico al paziente, dopo aver costituito un setting sicuro e aver stabilizzato il paziente. L'obiettivo è una rielaborazione adattiva dell'evento e una desensibilizzazione rispetto al ricordo traumatico, che eviti il riemergere delle sensazioni motorie ed emotive disregolate di fronte a trigger<sup>16</sup> e che permetta il ritrovamento di un significato funzionale dell'evento traumatico. Questa tecnica è risultata funzionale per lavorare su diverse tipologie di traumi, tra cui quelli complessi, ovvero quella serie di eventi traumatici multipli perpetrati nel tempo, come i maltrattamenti all'interno del nucleo familiare. L'EDMR non si concentra direttamente sul sintomo che porta il paziente, ma lavora sui ricordi traumatici che hanno fatto emergere quel sintomo. Durante la terapia si

---

<sup>16</sup> Stimoli che fungono da innesco e riportano il soggetto a rivivere le stesse condizioni ed emozioni di un evento passato.

cerca inizialmente di ricollegare il disagio che il paziente vive nel presente ai ricordi traumatici da lui non elaborati. Successivamente si lavora per scollegare definitivamente quei ricordi dall'esperienza presente, poiché essi sono alla base del disagio del soggetto ed esercitano su di lui una forte influenza. Questo viene fatto attraverso una rielaborazione adattiva dell'evento che dovrebbe far cessare i sintomi vissuti dal paziente e portare ad una crescita personale e ad un aumento della resilienza. La teoria della processazione adattiva dell'informazione è una delle fondamenta della terapia EDMR; infatti, tutto il protocollo è guidato dall'idea che il cervello procede naturalmente verso un assetto adattivo, ma quando il soggetto vive una situazione traumatica di forte impatto questo meccanismo può incepparsi. L'EDMR cerca di rimettere in moto questo meccanismo naturale, attraverso la rielaborazione di quei ricordi traumatici che hanno bloccato questo processo (Luberti, Grappolini, 2017).

### **Capitolo 3: Caso clinico e valutazione dell'inserimento in una comunità**

#### **3.1 La presa in carico residenziale del minore**

Quando l'ambiente familiare è incapace di prendersi cura del minore si sviluppa una situazione di rischio evolutivo considerevole, che necessita la presa in carico da parte dei servizi sociali e sanitari del territorio. In base alle leggi di tutela giuridica e sanitarie italiane, con relative specifiche in base a ogni contesto regionale, se l'ambiente familiare risulta essere carente, la prima opzione che viene considerata è il sostegno educativo al nucleo familiare e qualora questo primo intervento non dovesse essere sufficiente diventa necessario pensare ad un affidamento dei minori presso un Centro Diurno socio-riabilitativo (CDSR). Per quanto riguarda il Piemonte, regione che vede ospitare la minore oggetto di questo elaborato, il CDSR è definito dalla Deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte n° 25-5079 (DGR) emanata nel 2012 come una struttura che si occupa di prendere in carico i bisogni di cura e riabilitativi di minori che soffrono di un disturbo psichiatrico in cui non risulta necessario l'inserimento in un contesto residenziale. L'obiettivo è effettuare un intervento ad alta intensità che vada a lavorare sui comportamenti problematici dei bambini e che favorisca l'apprendimento di competenze e abilità funzionali. Ma ci sono contesti familiari in cui questa misura non è sufficiente. Soprattutto nei casi in cui l'ambiente familiare è connotato dalla violenza e il minore manifesta un certo disagio è importante valutare l'opzione dell'allontanamento dalla residenza familiare. Le opzioni che possono essere prese in considerazione sono diverse e dipendono dalla gravità della situazione familiare del minore e dal livello di compromissione del suo funzionamento psichico. L'obiettivo di questi

interventi è fornire un luogo protetto in cui il minore possa riprendere un percorso evolutivo funzionale. Nel momento in cui l'ambiente familiare rappresenta un rischio evolutivo per il minore, ma esso sembra conservare un funzionamento sano si può ricorrere alla Comunità Educativa Residenziale. L'obiettivo, in questo caso, è fornire agli utenti un ambiente protetto di carattere comunitario in cui poter stringere relazioni significative. Se il minore, invece, presenta una lieve compromissione del suo funzionamento e il contesto familiare non sembra in grado di prendersi cura di esso, allora bisogna rivolgersi ad una Comunità Riabilitativa Psicosociale per minori. È importante fare un lavoro che vada a riabilitare quelle parti compromesse del funzionamento del minore, per evitare che esse evolvano in una sintomatologia più grave e duratura. Un'altra opzione risolutiva è l'inserimento del minore in una Comunità Terapeutica per minori (CTM). L'inserimento in questa tipologia di comunità solitamente viene effettuato quando il minore manifesta seri problemi di funzionamento con forti rischi psicopatologici e l'ambiente familiare risulta fortemente compromesso. Il minore si trova in una fase di acuzia in cui è importante intervenire tempestivamente. La comunità permette al ragazzo di vivere in un contesto sicuro in cui riprendere un percorso funzionale di crescita.

### **3.1.1 Prescrizioni della Delibera della Giunta Regionale Piemonte per le strutture residenziali e semi-residenziali per minori**

La Regione Piemonte fa riferimento alla Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte n° 25-5079 emanata il 18 dicembre 2012 e alle successive revisioni per fissare le condizioni strutturali e gestionali obbligatorie relative alle strutture residenziali e semiresidenziali per minori. In questo capitolo verranno prese in esame le prescrizioni relative alle CTM, poiché il caso clinico che si andrà ad analizzare in seguito è stato inserito in questa tipologia di struttura residenziale dopo un'attenta valutazione della situazione familiare e del livello di compromissione del suo funzionamento psicologico. Nella DGR n°25-5079 la Regione Piemonte definisce la CTM come un luogo che “ha funzioni terapeutiche a carattere temporaneo e si colloca tra le strutture che hanno funzione di gestione delle situazioni di scompenso psichico e il rientro in famiglia, o l'inserimento in altre tipologie di comunità; pertanto, la presa in carico è focalizzata sui bisogni emergenti del minore e limitata nel tempo. Si caratterizza per l'alta intensità dell'impegno terapeutico-riabilitativo diretto a far evolvere comportamenti problematici e ha il compito di sviluppare all'interno di un ambiente privo di dinamiche patologiche, specifiche strategie di natura psicoterapeutica, riabilitativa e psicofarmacologica oltre che fornire sostegno di carattere educativo” (2013, p. 33).

L'ambiente comunitario permette un lavoro sia individuale che relazionale, attraverso il sostegno e la presa in carico da parte di un'equipe di esperti. L'obiettivo è il reinserimento del bambino, in una fase più favorevole, nel proprio contesto socioaffettivo originario.

La DGR n° 25-5079 prevede che il minore, durante l'inserimento, debba disporre di un Piano Educativo Individualizzato (PEI) creato in collaborazione tra i servizi invianti e la struttura residenziale, con l'accompagnamento di una diagnosi codificata con l'ICD-10 (*International Classification of Diseases*). Queste strutture possono accogliere fino a dieci minori, i quali devono essere divisi secondo fasce d'età: dagli undici ai quattordici e dai quindici ai diciassette. È importante individuare la gravità del quadro clinico, che deve essere indicata attraverso i codici dell'asse uno<sup>17</sup> dell'ICD-10. L'inserimento del minore nella comunità deve tenere conto di tre elementi: la progettualità della struttura, la compatibilità con gli altri ospiti della residenza e la possibilità di accogliere il minore insieme ai fratelli/sorelle. Di norma la durata della permanenza dovrebbe avere un tempo massimo di quattro mesi, ma è possibile ottenere delle proroghe nel momento in cui tutti i servizi coinvolti siano d'accordo. Le CTM sono tenute a fornire diversi servizi ai minori:

- Sostegno educativo con un'attenzione particolare al reinserimento sociale
- Terapie farmacologiche mirate
- Brevi psicoterapie che possono articolarsi sia a livello individuale che grupppale
- Visite mediche specialistiche
- Percorsi di aiuto per l'acquisizione di competenze relative alla gestione e al controllo emotivo
- Attività psico-riabilitative
- Attività di valutazione e di recupero delle funzioni adattive, cognitive e delle autonomie

La DGR prevede anche delle norme relative all'equipe di lavoro della comunità terapeutica. Deve essere infatti assicurata la presenza, secondo fasce orarie settimanali, di un medico neuropsichiatra infantile con funzioni di coordinatore, di uno psicologo o psicoterapeuta e di un infermiere che si occupi dell'aspetto gestionale delle terapie farmacologiche. È necessario che il minore venga affiancato per almeno trecentosei minuti al giorno. La normativa prevede che duecentotre minuti dei trecentosei totali siano erogati da un educatore professionale,

---

<sup>17</sup> L'asse uno dell'ICD-10 riguarda i Disturbi Psichiatrici.

mentre i minuti restanti possono essere erogati dagli operatori sociosanitari ([www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)).

Nel 2019 la Regione Piemonte ha aggiornato le disposizioni riguardanti gli aspetti gestionali e strutturali per le residenze per minori. In particolare, ci sono state delle modifiche che riguardano diversi ambiti. Innanzi tutto, quando viene valutata la condizione psicopatologica del minore, essa deve essere indicata attraverso i codici dell'ICD-10 e/o del DSM 5. Inoltre, il PEI creato per il minore attraverso l'accordo comune tra servizi invianti e la struttura ospitante ha una validità iniziale di due mesi, che successivamente verrà modificata in 3, in cui viene reso obbligatorio l'invio di una relazione periodica sull'andamento di quest'ultimo ai servizi competenti, per valutare una possibile modifica o rinnovo. La CTM deve tenere una buona comunicazione con i servizi invianti, che sono titolari della presa in carico del minore; infatti, ogni due mesi è prevista una riunione con questi servizi e la terapia farmacologica rivolta al minore non può essere modificata senza il loro consenso. Inoltre, la CTM si deve occupare di mediare il rientro nel contesto familiare; infatti, per un periodo di circa sei mesi è tenuta a creare un progetto di accompagnamento al rientro che includa tutto il sistema familiare, attraverso anche azioni di sostegno alla famiglia fornite dai servizi competenti. Anche nel campo delle figure professionali all'interno della Comunità Terapeutica per Minori c'è un lieve cambiamento, è stato infatti specificato che possono operare solo educatori professionali socio-sanitari (vengono così esclusi gli educatori professionali socio-pedagogici). Infine, è stata modificata la fascia d'età a cui è rivolto questo servizio, infatti le CTM possono accogliere minori a partire dai dieci anni di età, al posto che undici ([www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)).

La comunità in cui è stato inserito il caso clinico che verrà analizzato in questo capitolo accoglie fino a dieci minori fino all'età di quattordici anni compiuti ed è ideata per offrire ai ragazzi degli spazi comuni in cui fare delle attività di laboratorio o ludico-ricreative. Si tratta di una comunità inserita nel contesto piemontese, la cui posizione è pensata per offrire ai ragazzi l'opportunità di fare attività all'aria aperta, immersi in un contesto naturale. L'obiettivo è la presa in carico di ospiti con condizioni psicopatologiche o di prepsicosi, attraverso la messa a disposizione di un contesto sociale e relazionale stabile. La condizione di psicopatologia necessita di una presa in carico che vada a lavorare su diversi piani, ovvero quello psicofarmacologico, socioriabilitativo e psicoterapeutico. Il modello teorico che guida gli interventi svolti nella comunità è quello della Developmental Psychopathology, che inquadra la psicopatologia con una prospettiva evolutiva, considerando l'interazione tra fattori



biologici, psicologici e sociali che hanno portato allo sviluppo di una determinata patologia. L'equipe che si occupa della presa in carico si divide in due aree di lavoro differenti. All'interno della struttura sono presenti diverse figure che svolgono un lavoro educativo, come l'educatore, i tecnici della riabilitazione psichiatrica, gli infermieri e gli operatori socio-sanitari. Viene anche svolto un lavoro clinico attraverso la presenza di psicologi, psicoterapeuti e neuropsichiatri infantili. La struttura in questione è gestita e coordinata da una cooperativa di tipo A, che concentra il suo lavoro sui servizi alla persona, in particolare si occupa delle aree della neuropsichiatria infantile e della psichiatria adulti. L'obiettivo è la presa in carico e l'attivazione di percorsi di riabilitazione per ragazzi in età evolutiva e adulti, poiché la letteratura ha dimostrato che esperienze infantili di maltrattamento e abuso spesso sfociano in psicopatologia durante l'adolescenza o l'età adulta.

Queste disposizioni permettono di creare uno spazio funzionale e sicuro per il trattamento di queste condizioni problematiche, in cui il minore può finalmente ricevere un sostegno adeguato alle sue esigenze.

### **3.2 La storia di E.**

E. è una ragazza di origine straniera che attira l'attenzione dei servizi intorno all'età di nove anni, a seguito di un racconto fatto dalla stessa agli insegnanti rispetto agli agiti aggressivi del padre verso la madre, e a volte anche verso i figli. Il nucleo familiare è composto da E., la mamma, il papà e il fratello maggiore. Fin dalla prima infanzia E. presentava alcune manifestazioni epilettiche che non hanno trovato origine in una compromissione neurologica. L'ambiente familiare era connotato dalla presenza di abusi, in cui la ragazza si trovava a vivere una condizione di deprivazione affettiva e mancata stabilità psicoaffettiva. Spesso E. assisteva a forti litigi tra i genitori che potevano sfociare in aggressioni fisiche e verbali verso la madre e/o i figli o in un allontanamento da casa da parte della figura paterna per diversi giorni e senza preavviso. La condotta del padre risultava essere molto controllante sia nei confronti della moglie che dei figli, quando essi non aderivano ai suoi comandi, infatti, il padre ricorreva a punizioni aggressive e umilianti. Un esempio di punizione che la ragazza ha avuto modo di raccontare ai servizi è stato mostrare a E. la mamma che dormiva su uno zerbino senza averle permesso di mangiare la cena. Questo, a detta del padre, serviva a far capire alla ragazza cosa le sarebbe successo nel momento in cui non avesse seguito le sue regole. Inoltre, il padre era solito umiliare pubblicamente E. e la madre per il loro aspetto

fisico, mentre si vantava della bellezza delle donne con cui aveva rapporti extra-coniugali. A seguito del racconto fatto agli insegnanti E. e la madre vengono inserite in una comunità per donne vittime di violenza e l'autorità giudiziaria prescrive la perdita della responsabilità genitoriale per il padre. Il percorso in comunità dura all'incirca due anni, durante i quali la madre sembra fare dei cambiamenti positivi, che in seguito si riveleranno solo apparenti. E. invece sembra non giovare quanto la madre dell'entrata in comunità; infatti, ella continua a mettere in atto comportamenti disfunzionali e rabbiosi. Dopo il periodo nella comunità E. e la madre si stabiliscono in una casa con il fratello maggiore, ed E. inizia ad avere degli incontri non autorizzati dai servizi e a loro tenuti segreti con il padre, che sono accettati dalla madre in quanto essa sembra essere tornata a stringere con lui una relazione molto turbolenta. La situazione man mano peggiora. E. durante i diverbi con la madre inizia a mettere in atto condotte aggressive a danno della mamma e di sé stessa, tanto che la donna è costretta a chiedere l'intervento dei sanitari e delle forze dell'ordine. Progressivamente la ragazza inizia ad avere comportamenti sempre più rabbiosi e ambivalenti, che evidenziano una sostanziale scarsa tolleranza della frustrazione con conseguente difficoltà nella regolazione degli affetti negativi. All'età di nove anni le viene diagnosticata una lieve disabilità intellettiva con profilo disarmonico, attraverso la somministrazione della *Wechsler Intelligence Scale for Children quarta edizione* (Wisc-IV, Wechsler, 2003), in cui le prove di performance risultavano più adeguate rispetto alle prove verbali. Dopodiché, nel periodo preadolescenziale, gli incontri fatti con la Neuropsichiatria Infantile riescono a rilevare nuovi aspetti del vissuto di E. La ragazza appare molto arrabbiata e frustrata, con pensieri autolesivi e auto-vendicativi a causa della percezione relativa al proprio carattere e al proprio aspetto fisico. La rabbia è diventata incontrollabile, e viene diretta soprattutto verso la madre. Grazie alla relazione di fiducia instaurata con i clinici di riferimento, diviene maggiormente comprensibile il nucleo primario di questa sua rabbiosa emotività negativa; infatti, la ragazza verbalizza nei colloqui la sua perplessità rispetto al fatto che la madre continui a tornare con il padre. Inoltre, la ragazza non riesce a spiegarsi la ragione per cui il padre adotti queste condotte nei suoi confronti, chiedendosi "Cosa gli abbiamo fatto? Perché non se ne va?". A causa della gravità della situazione, dopo diverse valutazioni, E. viene inserita in una comunità terapeutica per minori.

### **3.2.1 Valutazione fattori di rischio e di protezione**

Per capire il livello di rischio a cui è esposto il soggetto è importante valutare i fattori di rischio e di protezione che interagiscono tra di loro. Il Cismai ha fornito nel 2017 dei punti

nodali a cui fare attenzione nella valutazione del rischio psicopatologico ed evolutivo del paziente nei casi di violenza assistita, che sono stati illustrati nel primo capitolo di questa trattazione. Nel caso di E. possiamo notare diversi punti di fragilità; infatti, la ragazza è stata esposta alla violenza in età precoce, il che la pone di fronte alla possibilità di subire conseguenze negative più profonde. Inoltre, la situazione di violenza si presenta con maltrattamenti multipli, a cui la bambina assiste, ma che a volte subisce personalmente. Questi maltrattamenti sono variegati, poiché vanno dalla violenza fisica ai maltrattamenti verbali. La violenza è perdurata per svariati anni e gli atti commessi dal padre appaiono particolarmente gravi e dolorosi. Inoltre, la ragazza sembra avere delle capacità di coping carenti; infatti, presenta una bassa tolleranza alla frustrazione che la porta a non riuscire a gestire gli affetti negativi. La ragazza non può contare su una rete di aiuto informale, poiché presenta delle difficoltà nell'adattamento sociale con i coetanei a causa di condotte aggressive e scatti d'ira. L'unico supporto su cui può contare la ragazza è la madre, che però appare fragile e ambivalente. Tutti questi fattori in interazione hanno portato la ragazza ad accusare gravemente le conseguenze della violenza domestica subita. A causa della gravità della situazione, infatti, si è dovuti ricorrere alla comunità terapeutica per minori, che rappresenta un fattore di protezione per E.

### **3.2.2 Risultati dei test clinici svolti dal minore**

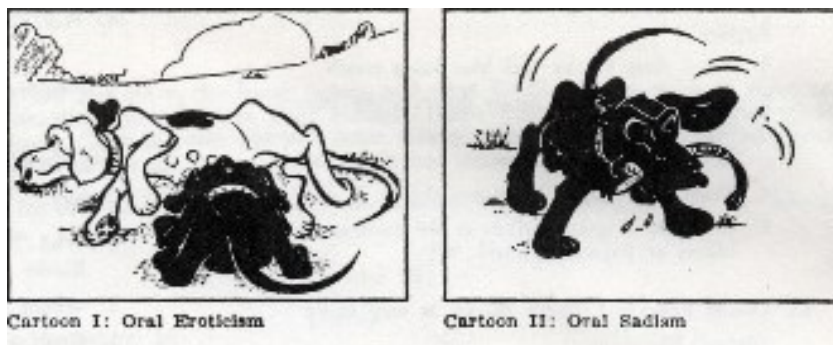
Di fronte a situazioni così complesse e stratificate di esperienze traumatiche, risulta fondamentale prima di intraprendere qualsiasi tipo di intervento, pianificare un'azione di comprensione diagnostica che vada ad orientare in maniera specifica l'intervento. A questo proposito la letteratura ha mostrato come l'assessment clinico risulti più valido e predittivo nel momento in cui si ricorre ad un multimethod assesment. Il multimethod assesment è una valutazione clinica che utilizza diversi strumenti, i cui risultati vanno integrati per avere una visione multidimensionale del funzionamento del paziente. L'utilizzo di metodologie differenti permette di vedere come il paziente reagisce in situazioni diverse e permette di indagare molte aree del funzionamento psicologico del soggetto (funzionamento emotivo, cognitivo, comportamentale, rappresentazione di sé e degli altri). Inoltre, oltre all'utilizzo di metodologie differenti, il multimethod assesment permette di utilizzare vertici osservativi diversi per comprendere il funzionamento del paziente. Infatti, è possibile ottenere informazioni sia dal paziente stesso, che dai suoi familiari o dalle persone a lui vicine. Per avere un quadro più completo risulta anche utile utilizzare test differenti, con vertici

osservativi diversi. Infatti, può essere utile far svolgere al paziente un test self-report, anche per indagare la consapevolezza che egli ha della sua condizione. Inoltre, è possibile effettuare dei test in cui il vertice osservativo è il clinico, ovvero i clinicial report, in cui il clinico inferisce delle informazioni grazie all'osservazione e all'ascolto del paziente. Oltre a ciò, è possibile anche effettuare dei test che indaghino il lato proiettivo del paziente. I momenti fondamentali in cui si può utilizzare questa metodologia sono diversi, ma in questo capitolo verrà preso in esame l'assessment multimetodo in riferimento ai test specifici (Vallario, 2016).

In questo capitolo, infatti, si andranno ad analizzare due test specifici svolti dal minore, che sono parte della batteria attraverso la quale si è potuto fare un assesment del funzionamento del soggetto. I test in questione sono il Blacky Pictures e il TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children). Il Blacky Pictures è un test proiettivo creato da Gerald S. Blum nel 1947, composto da undici tavole in bianco e nero che raffigurano una famiglia di cani in situazioni diverse. Al soggetto viene chiesto di raccontare una storia basandosi sulla tavola che viene presentata. L'obbiettivo è rilevare le dinamiche della personalità in relazione con i sentimenti e i bisogni inconsci del soggetto. Il TSCC è un self-report rivolto ad ambo i sessi per ragazzi tra gli otto e i sedici anni, creato da John Briere nel 2011. Esso valuta le conseguenze psicologiche delle esperienze traumatiche vissute dal bambino attraverso sei scale cliniche: ansia, depressione, rabbia, stress post-traumatico, dissociazione e interessi sessuali. Essendo un test self-report esso va anche a valutare il livello di capacità del soggetto di percepire e riconoscere le problematicità legate al proprio funzionamento. Ad ogni scala viene attribuito un punteggio in base alle risposte del ragazzo, se esso raggiunge o supera la soglia di 65 la scala diventa significativa a livello clinico. In questo specifico contesto il TSCC non viene utilizzato esclusivamente per fare diagnosi, ma risulta utile ai fini dell'assesment in quanto offre uno sguardo sulla rappresentazione e consapevolezza che il/la minore ha di alcuni suoi vissuti e comportamenti. Esso presenta due scale di validità che ci permettono di considerare valido o meno il test svolto. La prima scala di validità è la IPO, la quale serve per rilevare la tendenza del soggetto a negare qualunque sintomatologia; mentre la seconda scala è la IPER, essa serve per rilevare la tendenza opposta, ovvero la propensione del soggetto ad enfatizzare le risposte agli item somatici. Nel caso di E. il protocollo è risultato valido.

Dal Blacky Pictures sono emersi dei risultati interessanti. La ragazza sembra percepire il proprio ambiente primario come insicuro, in cui la mamma riveste un ruolo ambivalente di

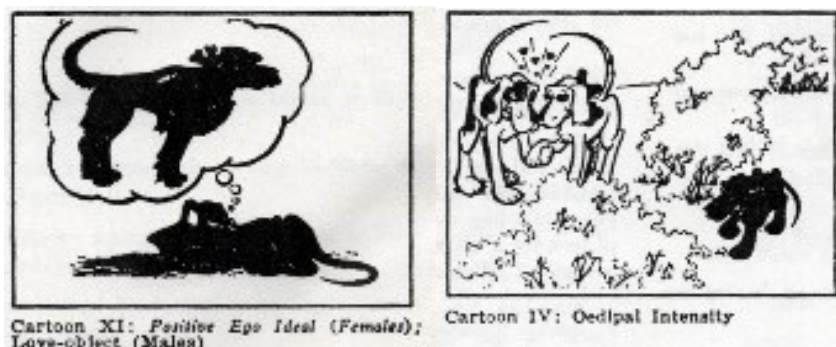
figura da difendere ma anche da attaccare. Emerge che nelle situazioni in cui l'armonia viene destabilizzata la minore inizi a percepire una forte rabbia incontrollabile, che viene diretta verso la madre. Questo genera in E. un forte senso di colpa che la porta a mettere in dubbio non solo la qualità della relazione con la madre, ma anche la sua presenza/permanenza. Il senso di colpa sembra essere dovuto alla convinzione che i suoi bisogni e i suoi comportamenti possono essere distruttivi per sé e per gli altri. Questi aspetti sono riscontrabili nella narrazione che E. fa durante la tavola I e II. Nella tavola I appare evidente l'aspetto di insicurezza legato al proprio ambiente familiare, infatti E. riferisce di avere paura che qualcosa possa disturbare quel momento di rilassamento e che dopo aver mangiato si rilasserà ma dormendo "con un occhio solo perché potrebbe succedere qualcosa" (*Tavola I*). Nella tavola II appare evidente l'aspetto rabbioso di E. rivolto verso la madre; infatti, la ragazza riferisce in relazione alla tavola che Blacky ha ucciso la madre dopo aver litigato. Questo scatena in Blacky vissuti di rabbia, senso di colpa e paura (*Tavola II*).



*Tavola I*

*Tavola II*

La caregiver primaria appare fragile e ambivalente, ma con la volontà di offrire alla figlia accoglienza e rimodulazione. La tavola XI evidenzia questo aspetto, infatti la minore riferisce che Blacky "sa che quando c'è la M è al sicuro". Però nella parte finale della narrazione è emerso che la madre nei contesti sociali da un'immagine di sé diversa da quella reale, che la fa apparire "attenta, tranquilla, molto sicura di sé" (*Tavola XI*). Dalla tavola IV appare ancora più evidente il ruolo che la madre riveste nella relazione con il marito; infatti, essa sembra rivestire il ruolo di vittima con un atteggiamento passivo-aggressivo, come emerge dalla frase "M minaccerà il marito, cioè il P, di lasciarlo ma poi tanto restano insieme". E. sembra essere coinvolta nel conflitto familiare in una triangolazione che la vede alleata con la madre, ma l'atteggiamento della minore risulta fortemente ambivalente; infatti, la madre appare come figura da difendere ma anche da attaccare (*Tavola IV*).



*Tavola XI*

*Tavola IV*

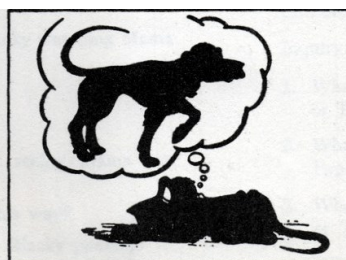
La figura paterna, invece, appare incapace di accogliere i bisogni e i sentimenti della figlia, poiché attiva modalità di risposta aggressive disregolate respingenti e attua un modello educativo normativo-punitivo, che crea una forte paura nella minore. Questi risultati sono emersi dall'analisi delle tavole III, X, IV e VII. Infatti, nella tavola III ciò che dirà il padre al bisogno di andare in bagno di Blacky è che si sentirà offeso e arrabbiato, e la madre dovrà mediare il conflitto cautamente (*Tavola III*). Questo atteggiamento del padre appare evidente anche durante la narrazione della tavola VII. In questo caso E. riferisce di essere "arrabbiata con il cagnolino giocattolo perché se lo aspettava più bello, lo sgrida perché non vale niente, lo meritava migliore". Lo sperimentatore chiede allora ad E. se Blacky stesse imitando qualcuno, ed E. risponde che "imita mio papà quando se la prende con me o con mia mamma perché lo facciamo arrabbiare" (*Tavola VII*). La figura paterna, oltre a non cogliere e accettare i bisogni della figlia, sembra incapace di entrare genuinamente in relazione con E. Questo emerge dal resoconto fatto sulla tavola X, in cui il cane sognato risulta cieco, ma con la capacità di controllare gli altri. Lo sperimentatore domanda ad E. se il cane sognato assomiglia a qualcuno, e lei asserisce che assomiglia "al papà anche lui fa così". Ciò che deve attirare l'attenzione è la condizione di cecità del cane. Gli occhi sono lo specchio dell'anima e consentono di vederla, l'essere cieco può essere visto come un'incapacità del padre ad entrare reciprocamente in contatto (*Tavola X*).



Cartoon III: Anal Sadism



Cartoon VII: Positive Identification



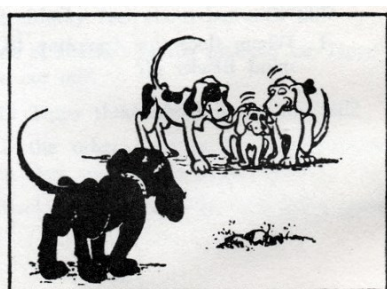
Cartoon X: Positive Ego Ideal (Males);  
Love-object (Females)

*Tavola III*

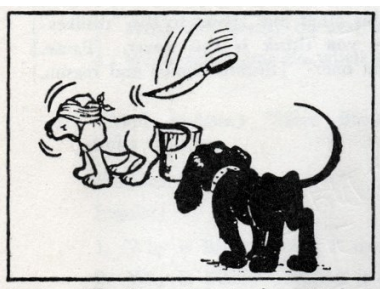
*Tavola VII*

*Tavola X*

Il vissuto della ragazza è pervaso da un senso di inadeguatezza, mancato valore, vulnerabilità ed esclusione che la portano a sperimentare rabbia e dolore. Questi risultasti emergono dall'analisi delle tavole VIII e VI. Nella tavola VIII emerge che Blacky "si sente malissimo...è ferita, non capisce perché lei è lì sola ed esclusa". Queste sensazioni sembrano non placarsi neanche quando vengono formulati inviti di inclusione dalle figure di riferimento, perché vengono percepiti da E. come instabili e temporanei (*Tavola VIII*). Oltre a ciò, è emerso dalla tavola VI che E. percepisce un forte senso di colpa dovuto alla sensazione che l'aggressività agita nel suo nucleo familiare sia solo una sua percezione e sua responsabilità. Infatti, E. guardando la tavola VI dice che "B forse ha delle visioni e vede un mostro che sta accoltellando T, non è sicura che ci sia davvero perché sembra che lo vede solo lei". Successivamente alla domanda dello sperimentatore che le chiede perché sta succedendo questo secondo Blacky, E. risponde "forse perché Blachy era arrabbiata con T e allora vede queste cose". Sembra che la rabbia percepita da E., oltre a causarle un forte senso di colpa, sia percepita come totalmente distruttiva per sé e per gli altri (*Tavola VI*).



Cartoon VIII: Sibling Rivalry



Cartoon VI: Castration Anxiety (Males);  
Penis Envy (Females)

*Tavola VIII*

*Tavola VI*

Il TSCC ha individuato tre scale che hanno raggiunto la rilevanza clinica. La scala con il punteggio più alto è la depressione, con un punteggio di 85. E., infatti, ha risposto a due item critici che mostrano la sua tendenza verso atti anticonservativi e autolesivi. Gli item in questione sono “Aver voglia di farti del male” a cui E. ha risposto con “quasi sempre” e “Volerti uccidere” a cui E. ha risposto con “qualche volta”. In questo caso risulta importante fare una riflessione rispetto alla differenza tra le due risposte, infatti la tendenza autolesiva di E. sembra orientarsi maggiormente verso azioni autolesive e non in veri e propri atti autoconservativi. Al secondo posto si posiziona la scala della rabbia, con un punteggio di 82. In questo caso la ragazza tende a percepire la propria rabbia come un flusso emotivo incontrollabile, indirizzata principalmente verso le cose, ma non solo. Questo è riscontrabile nelle risposte fornite da E. in due item critici: all’item “Aver voglia di urlare e rompere le cose” E. risponde “molte volte” e all’item “Aver voglia di fare del male agli altri” E. risponde “qualche volta”. Infatti, si riscontra una difficoltà sociale dovuta a scatti d’ira verso i coetanei. La rabbia che la ragazza percepisce sembra non essere vissuta dalla stessa come uno stato emotivo consapevole, ma più come un flusso emotivo quasi incontrollabile. Questa particolare percezione della rabbia risulta evidente nelle risposte contrastanti che E. effettua in due item abbastanza analoghi; infatti, all’item “Diventare furiosa e non poterti calmare” E. risponde “quasi sempre”, ma all’item “Sentirsi furiosa” E. risponde “mai”. Infine, con un punteggio di 68, c’è la scala dell’ansia. E. vive in un costante stato di allerta, avverte un forte senso di pericolo, anche fisico. Infatti, all’item “Aver paura che qualcuno ti ucciderà” E. risponde con “quasi sempre”. Si può notare una certa relazione tra la paura di E. che qualcuno possa ucciderla e la tendenza autolesiva della ragazza, a cui ella fornisce la stessa risposta. Questa relazione però è minore con l’item “Volersi uccidere”, ciò dimostra una possibile imitazione di E. rispetto ai comportamenti punitivi e lesivi che subiva dal padre. Questa imitazione però risulta parziale, infatti la tendenza autoconservativa della minore risulta ridotta rispetto alla sua aspettativa che qualcuno possa ucciderla (*Tabella 2*).

Anche se non raggiungono la soglia di interesse clinico, ci sono altre due scale che arrivano vicino alla soglia. La scala dello stress post-traumatico raggiunge un punteggio di 56, mentre la scala della dissociazione volta alla derealizzazione presenta un punteggio di 52. Essendo comunque punteggi elevati sarebbe opportuno considerarli nell’ambito dell’assessment, anche in un’ottica di intervento che vada a attenuare questi aspetti al limite della soglia clinica.



Tabella 2:

	Mai	Qualche volta	Molte volte	Quasi sempre
20. Aver voglia di farti del male				x
21. Aver voglia di fare del male agli altri		x		
24. Aver paura degli uomini		x		
25. Aver paura delle donne	x			
34. Non fidarti della gente perché potrebbe volere sesso	x			
36. Farti coinvolgere in risse			x	
50. Aver paura che qualcuno ti ucciderà				x
52. Volerti uccidere		x		

Questi test, uniti all'anamnesi della paziente, forniscono un quadro del suo funzionamento psicologico, che permette di cogliere le dinamiche più profonde del suo vissuto e di iniziare a progettare un intervento cucito su misura, in base alle sue caratteristiche di funzionamento.

### 3.3 Riflessioni e conclusioni

E. presenta una sintomatologia eterogenea che rientra nelle descrizioni fatte precedentemente in questa trattazione. Ella, infatti, presenta dei vissuti di paura dovuti alla pericolosità dell'ambiente primario, che la portano a provare forti sentimenti di frustrazione e impotenza. L'ambiente familiare turbolento non permette alla ragazza di vivere serenamente la sua vita quotidiana, per questo E. si presenta in un costante stato di ipervigilanza. L'impotenza e la frustrazione provata da E. nelle situazioni di pericolo la portano a sperimentare una forte rabbia, che prende il controllo della ragazza e si traduce in un più ampio spettro di disregolazione emotiva, di cui però non è sempre consapevole, come evidenziato nel TSCC. I vissuti di rabbia e frustrazione hanno portato E. a sviluppare dei disturbi comportamentali considerevoli; infatti, la ragazza spesso mette in atto azioni aggressive e distruttive che la portano ad avere forti difficoltà socio-relazionali. L'ambiente violento e le difficoltà sociali a causa dei suoi agiti aggressivi la portano a sperimentare solitudine ed esclusione, la ragazza si sente sola e incapace di affrontare la situazione problematica. Non è raro in questi casi trovare dei quadri in cui il soggetto presenta una scarsa autostima e un forte senso di inadeguatezza, che si possono sviluppare in un vero e proprio stato di depressione, condizione che riguarda anche E., come è emerso dal test TSCC. Inoltre, E. sembra riprodurre i comportamenti aggressivi del padre negli altri contesti di vita, poiché ha imparato che nelle relazioni è normale agire con scatti d'ira e rabbia nelle situazioni di difficoltà. La difficoltà relazionale non si ferma a questo livello, poiché E. sembra aver sviluppato una forte sfiducia verso le relazioni, anche in un ambiente sicuro come la comunità terapeutica dei minori. Infatti, dalle

riflessioni dell'equipe che si è occupata del caso di E., appare che ella abbia molta difficoltà a fidarsi e a farsi aiutare dagli operatori stessi. La violenza subita dalla ragazza è iniziata già in età precoce, questo fa sì che ci siano dei rischi maggiori nell'area cognitiva e somatica. Infatti, all'età di nove anni, le viene diagnosticata una lieve disabilità intellettiva, quadro che spesso si accompagna a ripetute e gravose esperienze traumatiche nella prima infanzia (Van der Kolk, 2015). Questo sembra accadere perché un ambiente disfunzionale fornisce pochi stimoli al bambino e non gli permette di percepire la sicurezza necessaria per esplorare, il che è alla base dello sviluppo della curiosità e della motivazione. Queste condizioni, quindi, mettono il bambino in una condizione di rischio rispetto allo sviluppo di una lieve disabilità intellettiva o di altri danni cognitivi.

### **3.3.1 Riflessioni per indicazioni al trattamento**

Spesso, quando vengono prese in carico vittime di violenza domestica, viene preso in considerazione soprattutto il danno a livello emotivo e psicologico. Sarebbe però necessario creare un percorso riabilitativo organizzato su più aspetti, poiché i danni della violenza riguardano diversi domini del funzionamento del paziente, in questo caso abbiamo danni a livello cognitivo, comportamentale, psicologico, emotivo e relazionale. Potrebbe essere utile valutare un intervento che vada a lavorare sull'aspetto cognitivo, ovvero sulla lieve disabilità intellettiva che presenta E., facendo un lavoro integrato per sostenere la dimensione del sé scolastico, che in questa età ha una forte rilevanza. Il miglioramento della condizione cognitiva e della percezione del sé scolastico potrebbero così diventare un fattore protettivo per E., con ripercussioni positive anche a livello psicologico e sociale. Inoltre, nel caso di E., si potrebbe pensare ad un intervento che miri a migliorare la relazione madre-bambina. La madre, anche se si presenta fragile e ambivalente, sembra aver conservato la voglia di dare alla ragazza un riparo accogliente in cui offrire sostegno e rimodulazione. Lavorare con la madre per ripristinare la sua funzionalità genitoriale potrebbe avere delle forti ripercussioni positive per E., e andrebbe ad aumentare i suoi fattori di protezione. Inoltre, un lavoro integrato tra mamma e bambina per ritrovare un senso comune delle esperienze traumatiche vissute potrebbe essere fondamentale sia per la madre, che comprenderebbe più approfonditamente il vissuto della ragazza, che per la figlia, che potrebbe sperimentare e usufruire del supporto e della rimodulazione che sono mancati durante l'esperienza traumatica. Nel secondo capitolo sono stati citati due interventi che potrebbero rivelarsi utili per il miglioramento della relazione madre-figlia, essi sono il Circolo della Sicurezza e la a Child-Parent Psychotherapy. Questo deve avvenire in una condizione che E. percepisce come

sicura; infatti, il primo passo da effettuare per rendere efficace qualsiasi terapia è ripristinare un senso di sicurezza che faccia cessare lo stato di ipervigilanza. Senza questa prerogativa gli interventi risulterebbero poco efficaci o nulli.

## **Conclusione**

Questo lavoro è stato pensato per rispondere e approfondire quelle domande che hanno avviato la mia ricerca. In particolare, ho voluto approfondire il fenomeno della violenza assistita e le conseguenze che questa forma di maltrattamento può avere sul bambino. La violenza assistita ha una storia relativamente recente, sia a livello concettuale che legale. Infatti, è solo negli anni 2000 che appaiono le prime leggi a tutela delle vittime di violenza domestica, ed è solo nel 2005 che il CISMAI ci dà una prima definizione di questo fenomeno. Con l'avanzare degli anni è man mano aumentata l'attenzione verso questa forma di maltrattamento; infatti, nel 2019 e nel 2022 abbiamo due importanti provvedimenti che hanno migliorato la protezione rivolta a queste vittime. È certo, però, che questo tema debba essere ancora approfondito e migliorato con il tempo. Le conseguenze di chi subisce questa forma di violenza domestica dipendono dall'interazione di diversi fattori di rischio e di protezione, che riguardano diversi aspetti individuali e situazionali. Nei casi peggiori i bambini possono sviluppare depressione, ansia, disregolazione emotiva, disturbi alimentari, abuso di sostanze, disturbo post-traumatico dello sviluppo, difficoltà relazionali e rischio di trasmissione intergenerazionale.

Per fornire un quadro specifico, ho deciso di concentrarmi sul fenomeno delle separazioni conflittuali, e ho analizzato le dinamiche familiari disfunzionali che portano il bambino a vivere episodi di violenza assistita. Infatti, è importante specificare che la separazione non rappresenta un evento traumatico di per sé, ma se essa viene gestita nel modo sbagliato può diventarlo. Il perpetrarsi della violenza mette il bambino in una posizione di vulnerabilità rispetto al rischio di sviluppare gravi conseguenze disfunzionali, che investono diversi campi del suo funzionamento. Le conseguenze a cui il bambino va incontro dipendono da diversi fattori in interazione, ma è chiaro che le conseguenze siano gravose e dolorose per il bambino. Nei casi peggiori siamo di fronte al rischio psicopatologico. Per questo è importante individuare delle modalità di intervento efficaci e tempestive, così da permettere al bambino di riprendere un percorso funzionale di crescita. Questi interventi devono essere pensati in base alla situazione specifica del minore; infatti, non esiste un'unica direttiva di intervento, ma abbiamo più strumenti che possono risultare efficaci. Proprio per questo ho deciso di trattare diverse tipologie di intervento possibili. Innanzitutto, è importante che il bambino abbia accesso a una psicoterapia individuale che gli permetta di sperimentare un luogo sicuro in cui esprimere ed elaborare le vicende da lui vissute. La letteratura ha dimostrato che nei casi di violenza risulta utile lavorare sulla connessione trauma-corpo, per questo sono state

indicate come efficaci la psicoterapia sensomotora e l'EDMR. Se la situazione del minore lo permettesse, potrebbe risultare utile lavorare anche a livello familiare, cercando di ristabilire un legame funzionale tra il bambino e il genitore maltrattato, attraverso interventi come il Circolo della Sicurezza e la Child-Parent Psychotherapy.

Per far sì che queste riflessioni non rimanessero unicamente su un piano astratto, ho deciso di approfondire la trattazione con l'esemplificazione della storia di una ragazza presa in carico da una comunità terapeutica per minori. Il suo caso ha permesso di riscontrare nella pratica quelle che sono state le riflessioni fatte precedentemente. Infatti, la ragazza si trovava in una posizione di forte vulnerabilità, che l'ha portata a sviluppare una sintomatologia eterogenea con la presenza di depressione, disregolazione emotiva, difficoltà relazionali e ansia. La situazione familiare risultava fortemente problematica, proprio per questo si è dovuti ricorrere all'allontanamento dalla residenza familiare. Questo ha permesso alla ragazza di sperimentare un contesto di vita quotidiana sicuro, attraverso l'intervento di un'equipe di lavoro con diverse figure professionali, che facessero un lavoro integrato a livello farmacologico, psicoterapeutico e socioriabilitativo.

In conclusione, possiamo dedurre che il fenomeno della violenza assistita è largamente diffuso e necessita di una presa in carico tempestiva ed efficace. Le conseguenze per il minore non devono essere sottovalutate, poiché nei casi peggiori siamo di fronte al rischio psicopatologico. Di conseguenza è importante intervenire e formulare dei trattamenti che fermino il perpetrarsi della violenza nel nucleo familiare e che aiutino queste piccole vittime a lavorare sui danni a loro arrecati. È auspicabile che questo fenomeno rivesta nel tempo sempre maggiore rilevanza, così da aumentare la consapevolezza a livello culturale di questa tipologia di maltrattamento e da creare interventi sempre più efficaci e tempestivi.

## **Bibliografia**

- Baita, S. (2018), *Puzzles. Una guida introduttiva al trauma e alla dissociazione nell'infanzia*. Milano: Mimesis
- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*. Italia: Bollati Boringhieri.
- Cruciani, C., Greco, E., Mastrolia, C., Popolla, P. (2013). *Violenza assistita e tutela dei minori. Strategie e percorsi per la promozione della salute*. Italia: Kappa.
- Dallanegra, P. (2005). *Le radici nel futuro. La continuità della relazione genitoriale oltre la crisi familiare*. Milano: Franco Angeli.
- Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*, Bologna: Il Mulino.
- Di Pentima, L., Attili, G., Toni, A. (2021). *L'impatto della violenza assistita sui minori: attaccamento, locus of control ed esiti psicopatologici*, Milano: FrancoAngeli.
- Gambini, P. (2007). *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico-relazionale*, Milano: FrancoAngeli.
- Lingiardi, V. (2010). *La personalità e i suoi disturbi. Un'introduzione*. Italia: Il Saggiatore.
- Lingiardi, V., De Bei, F., Bromberg, P. M. (2012). *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Italia: Raffaello Cortina Editore.
- Luberti, R., Grappolini, C. (2017). *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli. Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*, Trento: Erickson
- Luberti, R., Pedrocco, M. (2019). *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, Milano: FrancoAngeli.
- Missaglia, D. (2012). *Scarti di famiglia. Storie di separazioni conflittuali e di figli calpestati*. Bologna: Rizzoli.
- Montecchi, F. (2016). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato.: Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. Milano: Franco Angeli Edizioni.
- Payne Bryson, T., Siegel, D. J. (2020). *Esserci: Come la presenza dei genitori influisce sullo sviluppo dei bambini*. Italia: Raffaello Cortina Editore.

- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., Marvin, B. (2016). *Il circolo della sicurezza. Sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino*, Milano: Raffaello Cortina Editore
- Scaccabarozzi, P., Mencacci, C. (2018). *Viaggio nella depressione: Esplorarne i confini per riconoscerla e affrontarla*. Milano: Franco Angeli Edizioni.
- Segantini, A., & Cigalotti, C. (2013). *Violenza domestica su donne e minori*. Modena: Athena.
- Vallario, L. (2016). *L'interesse del minore. Definizione e valutazione psicologica nelle separazioni*. Milano: Franco Angeli
- Van der Kolk, B. A. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vegetti Finzi, S. (2005), *Quando i genitori si dividono. Le emozioni dei figli*. Milano: Mondadori Editore
- Williams, R. (2009). *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ghosh Ippen, C., Harris, W.W., Van Horn, P., & Lieberman, A.F. (2011). Eventi traumatici e stressanti nella prima infanzia: il trattamento può aiutare le persone a più alto rischio? *Abuso e negligenza sui minori*, 35, 504-513.
- Lieberman, A.F., Van Horn, P.J., & Ghosh Ippen, C. (2005). Verso un trattamento basato sull'evidenza: psicoterapia bambino-genitore con bambini in età prescolare esposti alla violenza coniugale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248
- Amato, P. R. (2001). Figli del divorzio negli anni 1990: un aggiornamento della meta-analisi di Amato e Keith (1991). *Giornale di psicologia familiare : JFP : rivista della Divisione di Psicologia della Famiglia dell'American Psychological Association (Divisione 43)*, 15(3), 355–370. <https://doi.org/10.1037//0893-3200.15.3.355>
- Felitti, V. J. (2002). La relazione tra esperienze infantili avverse e salute degli adulti: trasformare l'oro in piombo. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48(4), 359–369. <https://doi.org/10.13109/zptm.2002.48.4.359>

- Igoïn-Apfelbaum, L. (1985). *Caratteristiche del background familiare nella bulimia. Psicoterapia e psicosomatica*, 43 (3), 161-167. <https://doi.org/10.1159/000287874>
- Jackson, K. M., Rogers, M. L., & Sartor, C. E. (2016). Parental divorce and initiation of alcohol use in early adolescence. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 30(4), 450–461. <https://doi.org/10.1037/adb0000164>
- Karhina, K., Bøe, T., Hysing, M., Askeland, K. G., & Nilsen, S. A. (2023). Separazione dei genitori e abbandono scolastico nell'adolescenza. *Giornale scandinavo di salute pubblica*, 14034948231164692. Pubblicazione online anticipata. <https://doi.org/10.1177/14034948231164692>
- Thompson, R. G., Jr, Lizardi, D., Keyes, K. M., & Hasin, D. S. (2008). Divorzio / separazione dei genitori dell'infanzia o dell'adolescenza, storia parentale di problemi di alcol e dipendenza da alcol per tutta la vita della prole. *Dipendenza da droghe e alcol*, 98(3), 264–269. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.06.011>
- Vezzetti, V. C. (2016). New approaches to divorce with children: A problem of public health. *Health Psychology Open*, 3(2), Article 2055102916678105. <https://doi.org/10.1177/2055102916678105>
- Yannakoulia, M., Papanikolaou, K., Hatzopoulou, I., Efstathiou, E., Papoutsakis, C., & Dedoussis, G. V. (2008). Association between family divorce and children's BMI and meal patterns: the GENDAI Study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16(6), 1382–1387. <https://doi.org/10.1038/oby.2008.70>

## Sitografia

- Albanese, F. (2006). Modelli Operativi Interni - Psicolab. ([www.psicolab.net/modelli-operativi-interni/](http://www.psicolab.net/modelli-operativi-interni/))
- Benazzi, C. (2023). Effetti psicologici della separazione sui figli - Centropsicologia Gorgonzola. ([www.centropsicologia.it/effetti-psicologici-della-separazione/](http://www.centropsicologia.it/effetti-psicologici-della-separazione/))
- Camera dei deputati. (2020). L. 69/2019: disposizioni in tema di violenza domestica e di genere ([www.camera.it](http://www.camera.it)).
- Canavesi, E., Porta, L. (2012). *Genitorialità e separazione. Effetti psicologici della separazione sui figli*. ([SEPARAZIONEpdf.pdf](http://SEPARAZIONEpdf.pdf) ([www.psicoterapiabusto.it](http://www.psicoterapiabusto.it)))



Centro Antiviolenza comune di Torino. (2019). [Centro Antiviolenza » Violenza assistita, un male invisibile: effetti a breve e lungo termine \(www.comune.torino.it\)](http://www.comune.torino.it).

CISMAI (2019). *Criteria e metodologie di intervento per la tutela dei minorenni nelle separazioni gravemente conflittuali*. [Comunicato Stampa \(www.cismai.it\)](http://www.cismai.it).

CISMAI. (2005). *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*. [Microsoft Word - Requisiti Interventi Violenza Assistita Madri.doc \(www.cismai.it\)](http://www.cismai.it)

CISMAI. (2017). *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*. [Opuscolo\\_ViolenzaAssistita\\_Bassa.pdf \(www.cismai.it\)](http://www.cismai.it)

CISMAI. (2017). [Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita - CISMAI. \(www.cismai.it\)](http://www.cismai.it)

CISMAI. (2019). [Separazioni-Conflittuali\\_CISMAI.pdf \(www.destinazioneminori.it\)](http://www.destinazioneminori.it)

Coryell, W. (2021). [Depressione - Disturbi di salute mentale - Manuale MSD, versione per i pazienti \(www.msmanuals.com\)](http://www.msmanuals.com)

Dimsdale, J. E. (2022). [Disturbo fittizio imposto su se stesso - Disturbi psichiatrici - Manuali MSD Edizione Professionisti \(www.msmanuals.com\)](http://www.msmanuals.com)

Drei, N. (2008). La violenza assistita: un maltrattamento “dimenticato” -Dati epidemiologici ed analisi del contesto. ([http:// www.pergialtri.it](http://www.pergialtri.it))

Fondazione Terre des Hommes Italia/CISMAI. (2021). *II Indagine Nazionale sul Maltrattamento dei Bambini e degli Adolescenti in Italia*. [DossierMaltrattamento-2021-10-singole-1.pdf \(www.cismai.it\)](http://www.cismai.it)

Martini, F. (2022). [Attaccamento: Teoria, Fasi, Stili, Attaccamento nell'Adulto \(www.psicocultura.it\)](http://www.psicocultura.it)

Pileci, A. (2011). [Abuso sessuale: cos'è e quali sono le conseguenze? | \(www.MEDICITALIA.it\)](http://www.MEDICITALIA.it)

Regione Piemonte BU19. (2019). [DGR\\_08704\\_1050\\_05042019\\_pdf \(www.regione.piemonte.it\)](http://www.regione.piemonte.it)

Regione Piemonte BU2. (2013). [DGR\\_05079\\_070\\_18122012\\_pdf \(www.regione.piemonte.it\)](http://www.regione.piemonte.it)

Sacchetti, S. (2018). [Peter Fonagy e la teoria della mentalizzazione: cos'è e da dove nasce? Cultura Emotiva\(www.culturaemotiva.it\)](#)

Save the Children. (2018). [1 CSP Pocket guide su abuso con casi csp.pdf \(www.savethechildren.it\)](#)

Save the Children. (2021). [Cos'è la violenza assistita e quali le conseguenze sui bambini | Save the Children Italia\(www.savethechildren.it\)](#)

Save the Children. (2022). [Ad Ali Spiegate: il nostro intervento per le vittime di violenza domestica e assistita | Save the Children Italia \(WWW.savethechildren.it\)](#)

Secchi, L. (2019). [LA VIOLENZA ASSISTITA INTRAFAMILIARE : DEFINIZIONE E RIMEDI GIUDIZIALI \(www.avvocatolaurasecchi.it\)](#)

Senato della Repubblica. (2022). [\\*DDL S. 2594 \(www.senato.it\)](#)

Zangrilli, Q. (2016). [Conseguenze psicopatologiche della violenza assistita \(www.psicoanalisi.it\)](#)

## **Ringraziamenti**

Ci tengo a ringraziare l'Università della Valle d'Aosta e tutti i professori che hanno fatto parte del mio percorso. In particolare, voglio ringraziare la mia relatrice, la professoressa Laura Ferro, per essere stata sempre disponibile e gentile, e per aver affrontato questo lavoro con me sempre con il sorriso.

Ringrazio la mia famiglia in generale per aver formato con ogni loro gesto e con ogni loro parola la persona che sono oggi, per avermi supportato e spesso anche sopportato.

Voglio ringraziare mio papà per aver sempre cercato di interessarsi a ciò che stavo facendo, anche quando era un po' difficile da capire. Lo ringrazio per avermi accompagnato in questo percorso e per avermi sempre dimostrato quanto era fiero di me.

Ringrazio mia mamma per avermi trasmesso l'ambizione che serviva per affrontare questo percorso, nonostante le difficoltà. La ringrazio per avermi insegnato cosa vuol dire avere coraggio e sapersi reinventare sempre.

Ringrazio i miei nonni, nonna Elena e nonno Silvano, per avermi supportato sempre, la vostra presenza l'ho sempre sentita al mio fianco.

Ringrazio le mie compagne di avventura, Roberta e Rachele, per aver fatto questo viaggio con me. Penso che questo percorso non sarebbe stato così bello senza di voi. Porterò sempre con me i ricordi delle nostre serate prima degli esami, delle nostre risate e anche dei nostri pianti isterici. Vi ringrazio perché siete due persone speciali, perché so che posso sempre contare su di voi e perché mi avete donato quella leggerezza che a volte mi manca.

Ringrazio Cali, la mia più grande amica, semplicemente per essere sé stessa. Ormai per me sei come una sorella, la persona che più di tutte mi ha saputo capire e supportare, quella che era affianco a me ad ogni mio passo. Ti ringrazio perché so che, in qualunque situazione e in qualunque circostanza, ci sarai sempre tu a tendermi una mano. Ti ringrazio perché so che il tuo interesse per quello che faccio e per quello che mi succede è sempre genuino e sincero. Ti ringrazio quindi per essere te, in ogni tua piccola sfumatura.