“IL DOLORE DEGLI IMPOTENTI”:
I MINORI E LA VIOLENZA ASSISTITA

Relatore:
Chiar.ma Prof.ssa Dolores Rollo

Laureanda:
Stella De Florio

Anno Accademico 2018-2019
A Laura
Indice

INTRODUZIONE ............................................................................................................ 1

Capitolo 1 LA VIOLENZA DOMESTICA ..................................................................... 3

1.1. La violenza domestica nelle sue diverse varianti ............................................... 3
    1.1.1. La violenza psicologica .............................................................................. 4
    1.1.2. La violenza fisica........................................................................................ 8
    1.1.3. La violenza sessuale ................................................................................... 9
    1.1.4. La violenza economica ............................................................................... 9

1.2. Il ciclo della violenza domestica ...................................................................... 10

1.3. La genitorialità compromessa .......................................................................... 12

1.4. Il genitore maltrattante ..................................................................................... 16

1.5. Il genitore maltrattato ....................................................................................... 21

Capitolo 2 LE VITTIME DELLA VIOLENZA ASSISTITA ........................................ 25

2.1. Il trauma della violenza assistita ...................................................................... 25

2.2. Gli stili di attaccamento ................................................................................... 27

2.3. I vissuti del minore .......................................................................................... 29

2.4. Gli esiti sullo sviluppo ..................................................................................... 31

2.5. I correlati neurobiologici .................................................................................. 33
    2.5.1. Conseguenze a lungo termine................................................................. 33
    2.5.2. Psicobiologia del trauma .......................................................................... 34

2.4. La trasmissione intergenerazionale .................................................................. 38
    2.4.1. L’apprendimento vicario ........................................................................ 38
    2.4.2. Le modifiche epigenetiche........................................................................ 40

Capitolo 3 LA GESTIONE DEL PROBLEMA ............................................................. 42

3.1. Prospettiva emotiva............................................................................................ 42
    3.1.1. L’ascolto empatico .................................................................................... 42
3.1.2. La terapia EMDR ............................................................... 43
3.2. Prospettiva giudiziaria e dei servizi ............................................ 47
3.3. La prevenzione ............................................................................. 53
Bibliografia ............................................................................................. 55
INTRODUZIONE

La famiglia viene spesso considerata un luogo di riparo, protezione, sicurezza, accoglienza, dove un figlio si sviluppa sul piano mentale, sociale, affettivo, culturale. Per molte persone è invece un luogo dove viene messa in pericolo la propria vita. Secondo la prima definizione data dal CISMAI, Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’Infanzia, per violenza assistita da minori in ambito famigliare si intende il “fare esperienza da parte del bambino o dell’adolescente di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, economica e sessuale su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte e minori. Il minore può fare esperienza di tali atti direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore ne è a conoscenza) e/o percependone gli effetti” (CISMAI, 2005). Tuttora molto spesso questo fenomeno è sottovalutato e non si dà il dovuto peso alle conseguenze sui minori che assistono in maniera diretta o indiretta alla violenza domestica compiuta da un membro della famiglia, nella maggior parte dei casi di uomini sulle donne, nei confronti di un altro. Dunque la finalità di questo elaborato è porre l’attenzione sugli esiti traumatici che queste esperienze hanno, se non precocemente trattate, sull’evoluzione psicologica, emotiva ed esistenziale di chi assiste ed è coinvolto, seppur involontariamente, perché queste “vittime invisibili” (Summers, 2006), indipendentemente dalla tipologia della violenza presente nella coppia, ne sono sempre e comunque coinvolte. Per questo motivo questo trauma, alla pari di tutti gli altri, è stato definito con grande efficacia “il dolore degli impotenti” dalla psicologa psicoterapeuta Judith Herman (2005). “Save the Children”, l’organizzazione internazionale per la difesa e la promozione dei diritti dei bambini, afferma che moltissimi bambini e adolescenti sono vittime di questa “violenza silenziosa”, che non lascia evidenti segni fisici su di loro, ma che può avere gravissime conseguenze come ritardi nello sviluppo cognitivo e fisico, depressione, ansia, sensi di colpa, perdita di autostima e incapacità di socializzare con i coetanei. Nel 2005 il CISMAI definisce la violenza assistita un maltrattamento di tipo primario al pari del maltrattamento fisico, psicologico, dell’abuso sessuale e della trascuratezza. Dunque in
questo elaborato verrà dapprima analizzato il tema della violenza domestica, senza mai fare riferimento al genere della vittima e del carnefice, sebbene la violenza sulle donne sia maggiormente diffusa. La violenza domestica, fenomeno trasversale ai vari contesti culturali, sociali, etnici o familiari (Krahé & Bieneck, 2005) (Salerno, 2010), verrà trattata nelle sue varie forme (psicologica, fisica, sessuale, economica), nel ciclo in cui essa si manifesta, nella genitorialità che inevitabilmente viene compromessa comportando conseguenze dirette sui figli e infine nei profili del maltrattante e del maltrattato. Nel capitolo successivo verrà affrontata la tematica della violenza assistita come trauma, analizzando a fondo i vissuti interiori dei minori, gli esiti sul loro sviluppo e i correlati neurobiologici che, a breve e lungo termine, questo trauma comporta. Verrà poi analizzata la trasmissione intergenerazionale di modelli relazionali violenti sia tramite l’apprendimento vicario dovuto ai neuroni specchio sia tramite le modificazioni epigenetiche. Infine, verrà indagata la gestione del problema dalla prospettiva emotiva tramite l’ascolto empatico e il trattamento EMDR, dalla prospettiva giudiziaria, del supporto della rete dei servizi e la prevenzione.
1.1. La violenza domestica nelle sue diverse varianti

L’espressione “violenza domestica” si riferisce alla violenza contro un uomo o una donna commessa da una persona intima della vittima, sia che la vessazione avvenga dentro oppure fuori dalle mura domestiche; infatti il termine “domestica” si riferisce al tipo di relazione tra maltrattante e maltrattato, ossia al fatto che il responsabile della violenza è il partner intimo del maltrattato o un altro membro del suo gruppo familiare, piuttosto che al luogo in cui avviene la vessazione. La violenza si presenta generalmente come una combinazione di violenza fisica, psicologica, sessuale, economica; quindi può essere sia visibile, fatta ad esempio di percosse e schiaffi, sia non visibile, fatta di carenze affettive, umiliazioni, privazioni (Canu, 2008), fermarsi alla rilevazione della violenza fisica quindi non è sufficiente, perché le violenze non visibili non per questo sono meno pericolose. È fondamentale sottolineare come il comportamento violento non sia caratterizzato da una serie di atti disgiunti l’uno dall’altro ma si configuri come un processo che l’autore delle violenze mantiene nel tempo. Grifoni (2013) sostiene che ciascun comportamento ha come finalità l’esercizio e il mantenimento del potere e del controllo attraverso la messa in atto di una numerosa gamma di abusi, di cui la violenza fisica e sessuale rappresentano le forme più evidenti. Questa configurazione è stata ben descritta nella “ruota del potere e del controllo” di Pence e Payman (1993) per visualizzare le varie azioni messe in atto dal responsabile sulla vittima di cui verrà approfondito di seguito. Campani e Romanin (2015) utilizzano la stessa “ruota del potere e del controllo” per analizzare le differenze fra la violenza e il conflitto coniugale. Il termine conflitto presuppone che ci sia consenso alla relazione da parte di entrambi i contendenti, che si confrontino forze simili con esiti alterni (ora prevale l’uno, ora l’altro) ma non ci sia sottomissione-umiliazione-annientamento di una delle parti, bensì un orientamento verso il punto di vista dell’altro. Nella violenza domestica tutto questo non accade: non c’è consenso da parte di chi subisce, le forze in campo sono assolutamente dispari, è sempre una parte che prevale sull’altra (l’esito dello scontro è prevedibile), chi soccombe riceve un danno alla propria incolumità fisica, psicologica, sessuale ed economica, una delle due parti è controllata
costantemente dall’altra e la teme, il punto di vista dell’altro non viene preso in considerazione. La violenza non è conflitto, è caratterizzata da relazioni di potere e sopraffazione che causano la limitazione della libertà e dei diritti umani fondamentali (Convenzione di Istanbul, art. 3). Secondo Hirigoyen (2005) quello che permette di distinguere la violenza coniugale da un semplice litigio non sono le botte o le parole offensive bensì l’asimmetria nella relazione: in un conflitto di coppia l’identità di ciascuno è preservata, l’altro viene rispettato in quanto persona mentre questo non avviene quando lo scopo è dominare o annichilire l’altro. Il conflitto avviene dunque in una relazione simmetrica che prevede un dissenso anche grave fra due persone alla pari, che si percepiscono e si considerano tali; la violenza viene invece utilizzata in una relazione asimmetrica per mantenere un rapporto di potere e di sopraffazione sull’altra persona, che produce una limitazione alla sua libertà (Canu, 2008). Verranno ora analizzate nel dettaglio le quattro diverse forme in cui si può manifestare la violenza domestica.

1.1.1. La violenza psicologica
Si intendono per violenza psicologica uno o più comportamenti quali insulti, molestie, aggressioni verbali, intimidazioni, minacce, in generale azioni che danneggino l’autostima e l’identità della persona che li subisca. Una continuità e ripetizione nel tempo di questa condotta nei confronti del partner da parte della persona violenta, che ne conosce perfettamente i punti deboli, mina le basi della sua personalità, colpendolo nelle sue fragilità emotive, consapevolmente o inconsapevolmente.

I mezzi ed i percorsi con cui può realizzarsi la violenza psicologica sono diversi:

Controllo
Si intende per controllo il monitoraggio pressoché continuo dei comportamenti del partner e la relativa impostazione delle proprie modalità di affrontare le situazioni: questo configura con il tempo una reale condizione di dominio, alla quale chi la subisce troverà sempre più difficile sfuggire. Il controllo può agire a livello delle relazioni con gli altri, o intervenire su comportamenti di dettaglio, quali l’organizzazione del sonno, dell’alimentazione, delle singole spese, o su quello che il partner pensa in qualsiasi materia, dallo studio al modo di organizzare il proprio futuro lavorativo (Canu, 2008).
**Critica distruttiva**

Una forma nascosta, ma “efficace” di violenza è quella che si realizza con l’uso distruttivo della parola nei confronti dell’identità di chi la subisce, mediante offese, sarcasmo, osservazioni spiacevoli o dalle quali trapeli il disprezzo verso chi ne è vittima. Si possono fare tanti esempi di questo tipo: sminuire il partner per il suo carattere o i suoi comportamenti, denigrare la sua intelligenza e capacità di raziocinio, addirittura esplicitargli o fargli capire di dubitare della sua stessa sanità mentale, criticarlo con forza per il modo di gestire quanto rientra nel suo ambito, dalla casa, al suo modo di vestire, alla modalità di interazione con i figli. Questa forma di violenza, che può essere poco visibile, ma che in realtà è fra le più atroci, culmina nella negazione radicale sia delle idee e delle emozioni del partner, che del suo aspetto fisico, delle sue amicizie e di ciò in cui crede (Canu, 2008).

**Gelosia patologica**

Il violento non accetta l’alterità del partner, ne pretende il completo possesso, l’assoluta esclusività ed una presenza ossessiva. Persino se la vittima di questa forma di violenza accettasse di sottomettersi così come preteso, il violento rimarrebbe ancora insoddisfatto, perché comunque percepirebbe il partner come “altro da sé”, cosa che per chi ha questo disturbo di personalità non è sopportabile. Il suo comportamento di conseguenza potrà caratterizzarsi nel rimprovero continuo, nell’indagine ossessiva su ogni momento della giornata della vittima di violenza, nel frequente e aggressivo interrogatorio alla ricerca di una confessione di colpe inesistenti. La “paranoia coniugale” (Canu, 2008), altro modo di definire la gelosia patologica, qualche volta si allarga a colpevolizzare il passato sentimentale della vittima, comportamenti sui quali non c’è evidentemente più modo di influire, il che moltiplica l’aggressività del partner violento. Non c’è modo di affrontare e modificare con l’uso del ragionamento il comportamento di chi è posseduto da gelosia patologica.

**Indifferenza alle richieste di affetto**

Anche rifiutare di interessarsi alle esigenze affettive del partner è una forma di violenza psicologica, che può articolarsi in tante modalità: da insensibilità e mancanza di attenzione verso il compagno, al manifestare disprezzo verso i suoi comportamenti, a non
considerare le sue esigenze ed i suoi sentimenti, chiudersi in un aggressivo mutismo di fronte alla sua richiesta di comunicazione, rifiutarsi senza motivo di fargli compagnia quando lo chiede, per il piacere di una passeggiata o per un bisogno, chiudere ogni forma di comunicazione per giorni e giorni, senza esplicitarne il motivo, o comunque non prendere a cuore lo stato fisico e psicologico del partner, cercando ad esempio di forzare un rapporto sessuale in un momento per l’altro inopportuno (Canu, 2008).

Intimidazioni

Sono atti di intimidazione quelle “forme di comunicazione” intese a mettere paura alla vittima, come, ad esempio, sbattere rumorosamente una porta, distruggere stoviglie per evidenziare la propria ostilità, maneggiare ostentatamente un coltello senza motivo, o guidare pericolosamente. L’aggressione è talvolta indiretta, mediata ad esempio attraverso il maltrattamento di un animale a cui è legato il partner (Canu, 2008).

Isolamento

Per questa categoria di persone violento il controllo sul partner vorrebbe essere totale: a questo scopo si arriva al punto di cercare di isolare l’altro progressivamente dagli amici e persino dalla sua famiglia, talvolta inibendogli ogni forma di vita sociale e lavorativa. Tutta la vita del partner deve avere un unico centro, il violento, e si cerca di realizzare questo anche con un assoluto isolamento. Se la pressione psicologica è “efficace” è la stessa vittima a isolarsi, cercando istintivamente uno stato di relativa tranquillità: lo stesso pensiero di un eventuale incontro con qualcuno esterno alla coppia diventa insopportabile, prevedendo la reazione del partner violento. L’isolamento così da episodico tende a diventare definitivo, fino a spezzare legami anche antichi di amicizia o addirittura familiari (Canu, 2008).

Minacce

Le minacce a cui può arrivare chi è portato a fare uso di violenza in una coppia possono essere le più terribili, quelle a cui la vittima è più sensibile: si arriva a minacciare la vittima di portarle via i figli, di fare del male a lei o a sé stesso, suicidandosi (Canu, 2008).
Umiliazioni

Sono comportamenti finalizzati a indurre un senso di vergogna, ad esempio con pratiche di tipo sessuale, difficili per chi ne è vittima anche da denunciare. Altra modalità di umiliazione è quella realizzata con comportamenti mortificanti nei riguardi del partner in presenza di terze parti, a cui la vittima sia legata affettivamente o per semplice conoscenza (Canu, 2008).

Stalking

“Stalking” è un termine che nel mondo della caccia significa “fare la posta” alla potenziale preda: nel contesto qui trattato ci si riferisce a comportamenti ripetuti e invadenti di sorveglianza e controllo, a tentativi di contatto con una persona che pure ha ripetutamente manifestato di non gradire questo tipo di approccio. Il termine viene utilizzato inizialmente al principio degli anni Ottanta negli Stati Uniti in riferimento a fatti di cronaca in cui erano coinvolti personaggi famosi. Nel1982 uno dei primi casi denominati come stalking fu l’aggressione di un’attrice, Theresa Saldana, assassinata a Los Angeles dal suo persecutore. Si è comunque verificato successivamente che gli episodi di stalking avvenivano molto più spesso al di fuori del mondo ristretto dello spettacolo, con le manifestazioni più diverse, dai pedinamenti alle telefonate frequenti e indesiderate, alla sorveglianza e ogni forma deteriore di gelosia. Con lo sviluppo esplosivo delle forme di comunicazione telematica e dei social network i casi di stalking, sotto le più diverse forme, sono cresciuti enormemente, tanto che si parla ormai di cyberstalking (Canu, 2008). L’e-mail, la chat e l’SMS rappresentano un nuovo strumento di molestia che, in alcuni casi, si associa ad altri mezzi di stalking, mentre a volte costituisce l’unica tecnica persecutoria attuata dal soggetto. In quest’ultimo caso il rapporto stalker/vittima avviene solamente in modo virtuale cioè mediato via Internet. Perché possa configurarsi un caso di stalking gli episodi devono durare per almeno trenta giorni e i comportamenti si devono verificare almeno 10 volte in diversi casi.

Secondo Canu (2008), le caratteristiche che deve avere un comportamento di stalking per essere definito tale sono:

- sia individuabile una persona, lo stalker, che punti ad una vittima nei cui confronti polarizzi ideo-affettivamente le sue attenzioni;
- la ripetizione frequente di comportamenti intrusivi, con caratteristiche di sorveglianza, e di tentativi di contatto e/o di comunicazione;

- una vittima dello stalking che percepisca come intrusive, ossessivamente intense e non gradite queste modalità di approccio, associandole con sensazioni di angoscia, minaccia e paura. Spesso la vittima dello stalking è una persona con cui esisteva una precedente relazione sentimentale da parte di chi la perseguiva: in questi casi lo stalker è un individuo che non accetta il distacco conseguente la fine di una relazione di coppia ed il successivo rigetto delle sue attenzioni (Canu, 2008). Secondo una ricerca (Hofmann, 2005) il 49% dei casi di stalking ha come protagonisti gli ex partner. La paura di essere ignorato o abbandonato spingono lo stalker ad attaccarsi alla persona desiderata sempre di più, in modo morboso.

1.1.2. La violenza fisica

In questo ambito si classificano come violenza fisica aggressioni che comportino l’uso della forza, da quelle relativamente meno gravi, come ad esempio strattonare, prendere per i capelli, a quelle via via più pesanti (schiaffeggiare, colpire con pugni o calci o con oggetti), fino a mettere in pericolo la vita del partner, con l’uso di armi o ustioni. La violenza fisica comporta spesso lesioni corporali, da escorziazioni a rottura di ossa e denti, lesioni anche permanenti, e arrivare fino alla morte della vittima. Alcuni tipi di violenza fisica, come tirare per i capelli, spintonare, ecc., non lasciano poi tracce visibili e talvolta chi la opera sceglie scientemente queste modalità per non esserne poi incolpato. Quando però il violento perde l’autocontrollo i risultati sono visibili come fratture del naso, contusioni sul viso o sul corpo. La violenza fisica talvolta è indiretta, per così dire mediata rivolgendola agli affetti del partner: un animale oppure addirittura un figlio di altro letto. Anche la sola minaccia di un gesto violento può avere effetti fortemente negativi sul benessere fisico della vittima (ad esempio, provocando mal di testa o di pancia), una forma di violenza psicologica che, se non soddisfa sufficientemente il violento, scala rapidamente in aggressione fisica. Attraverso i colpi si mira a segnare il corpo del partner in modo da far cadere anche l’ultima barriera di resistenza e possederla interamente. È il marchio del dominio, il segno che permette di leggere l’accettazione del partner dell’essere stato sottomesso. Dal momento che lascia tracce visibili, è l’aggressione fisica e non il precedente abuso psicologico, a essere considerato violenza sia dalla donna, che dal mondo esterno. In genere la donna si rivolge alle forze dell’ordine o alle associazioni
contro la violenza solo successivamente ad un’aggressione fisica ripetuta. Quando le
aggressioni fisiche sono saltuarie raramente chi le subisce se ne sente vittima. Secondo
costoro qualche percossa isolata ha sempre una logica spiegazione, come problemi sul
lavoro o stanchezza da parte del violento, spiegazione che viene percepita come
giustificazione. Inoltre finché non ci sono grandi evidenze la vittima esita a fare una
denuncia. Gli atti di violenza fisica possono accadere una sola volta oppure ripetersi.
Spesso il semplice ricordo di un’aggressione o una minaccia subita è sufficiente, per il
meccanismo psicologico del riflesso condizionato, a indurre la vittima a perpetuare la sua
sottomissione. Ci sono casi poi in cui una denuncia alle forze dell’ordine ferma le
aggressioni fisiche, ma la violenza torna a manifestarsi sotto forma verbale o psicologica
(Canu, 2008).

1.1.3. La violenza sessuale
Ogni atto sessuale imposto contro la volontà del partner è definito violenza sessuale, in
tutte le sue forme, con casi estremamente gravi come lo stupro o il forzare il partner a
comportamenti sessuali umilianti o dolorosi o la costrizione a collaborare per mettere a
punto materiale pornografico. La violenza sessuale ha spesso ben poco in comune con il
desiderio: essa è più frequentemente un modo per dominare il partner. In particolare le
donne esitano a denunciare questa forma di violenza, soprattutto se avvenuta in ambito
matrimoniale, considerandola come parte del dovere coniugale: tuttora in alcune culture
il rapporto sessuale in questo contesto, anche imposto, viene considerato un diritto per
l’uomo e un obbligo per la donna. La stessa legge in moltissimi Stati non considera come
reato la violenza sessuale se avvenuta in ambito coniugale: il contratto di matrimonio
consente al marito un accesso sessuale senza limiti e senza regole alla moglie, come se
costei fosse un oggetto di sua proprietà (Canu, 2008).

1.1.4. La violenza economica
La violenza economica consiste in una serie di comportamenti finalizzati a creare una
dipendenza economica nel partner o all’imposizione di impegni economici non
concordati. Talvolta chi esercita questa forma di violenza, dopo essere stato licenziato o
ridotto ad un lavoro precario, smette di lavorare, obbligando il partner al proprio
mantenimento.
Su un opposto versante, un’altra forma di violenza economica è quella di chi, forte del proprio reddito molto superiore a quello del partner, opera osservazioni colpevolizzanti verso quest’ultimo, fino a rifiutargli il giusto sostegno economico o farglielo pesare. Inoltre, un partner economicamente dipendente dall’altro talvolta si sente costretto a subire le angherie di un rapporto malato, avendo il terrore di non riuscire a mantenersi autonomamente. La supremazia economica è in molti casi preparata convincendo il partner a lasciare la propria attività professionale o gli studi, come da parte di un marito utilizzando l’argomento che i figli non stanno bene senza la madre. Il risultato secondario di questa forma di assoggettamento economico è la maggiore difficoltà incontrata dal partner debole in eventuali tentativi di separazione. Tale dipendenza può esistere qualunque sia il livello dei rispettivi redditi, usando argomenti come quelli esposti in precedenza (Canu, 2008).

1.2. Il ciclo della violenza domestica
La variante più frequente di violenza coniugale, anche se non l’unica, come messo per prima in evidenza da Lenore E. Walker (1979), ha la forma di cicli, tipicamente articolabili in quattro fasi successive, a pericolo crescente per la vittima:

- una prima fase in cui nasce e si sviluppa una situazione di tensione del potenziale violento, nata apparentemente da qualsiasi motivo, come il sorgere di difficoltà nella sua vita quotidiana. Questa fase può iniziare con dei silenzi ostili, o degli sguardi aggressivi, o con un tono irritato della voce. Qualsiasi cosa faccia o dica la vittima, per quanto, avvertendo la tensione, si adoperi per essere gentile, aumenta il nervosismo e l’atteggiamento ostile del partner: niente riesce a fermare questo crescendo negativo, neanche la rinuncia ai propri desideri e la disponibilità a qualsiasi atto potenzialmente in grado di accontentarlo. In questa fase il partner violento considera la vittima come responsabile delle proprie frustrazioni, riuscendo anche a suscitarle sensazioni di colpa, adducendo le motivazioni più varie e assurde. Diventa anche impossibile superare questo stato di cose con una pacata discussione e con il ragionamento: il violento negherebbe il problema, affermerebbe che va tutto bene e che è la vittima a supporre difficoltà inesistenti, facendola così sentire anche per questo in colpa. Al culmine di questa situazione di tensione crescente iniziano le diverse forme di violenza verbale.
- Una seconda fase, di attacco, in cui il partner violento sembra smarrire il controllo di sé stesso, dando luogo a escandescenze, insulti, minacce. In questo scenario il maltrattante può arrivare a distruggere degli oggetti, per poi passare all’aggressione fisica del partner. Questa fase di attacco non raramente e in maniera apparentemente contradditoria è intervallata dalla richiesta di rapporti sessuali alla vittima, al solo scopo di evidenziare la propria supremazia nella relazione. Difficilmente la vittima ha qualche reazione di fronte a questo comportamento, che passa nel giro di poco tempo dalla massima e pura aggressività ad un interesse verso una relazione con il partner, sia pure solo sessuale: la lunga preparazione della prima fase ha aperto la strada per il suo completo cedimento, ormai la vittima ha paura di contrastare anche minimamente l’altro. La sua reazione si esaurisce al massimo in qualche protesta, lasciando nella vittima una sensazione di impotenza e tristezza.

- Una terza fase, il pentimento: il partner violento si scusa con la vittima, tentando di sdrammatizzare e ridimensionare quello che ha fatto, addirittura attribuendone parzialmente la responsabilità al partner appena maltrattato. È instintivo, anche nella peggiore delle persone, sentire almeno un minimo senso di colpa e di squilibrio dopo comportamenti di questa violenza verso un innocente: una sensazione sgradevole che il violento tenta di cancellare dalla sua stessa mente cercando un’interpretazione di quello che ha fatto che ne minimizzi la colpa. Niente di meglio che attribuirne la responsabilità alla vittima, interpretando come forma di provocazione alcuni suoi comportamenti, o a qualche causa esterna, episodica, come aver bevuto troppi alcolici o attraversare un momento difficile sul lavoro. Purtroppo questo tentativo di scaricare le proprie colpe a cause esterne ha molto spesso successo nei riguardi della vittima, che si attribuisce in tutto o in parte la responsabilità di quanto ha subito, proponendosi di cambiare il proprio atteggiamento per evitare gli scoppi di violenza da parte del partner. Se questo non accade, il violento può cambiare atteggiamento, chiedendo scusa per quello che ha fatto, affermando che la cosa non si ripeterà mai più, che cambierà con un ausilio esterno, psicoterapeutico o medico, ad esempio, attribuendo i suoi comportamenti ad una infanzia difficile o usando altri simili argomenti. Nel caso tutti questi suoi tentativi di recupero della situazione dovessero fallire e finalmente il partner riuscisse a prendere la decisione di rompere la relazione, il violento talvolta cercherebbe la mediazione di qualche amico o parente perché la vittima receda dalla sua decisione (Canu, 2008).
- Una quarta fase, la “luna di miele”: il partner violento diventa amorevole, delicato, attento ai bisogni della vittima, collabora e supporta le sue attività, le porta regali, le offre vacanze o cene nei ristoranti, praticamente la “corteggia” di nuovo, così da indurla pian piano a credere che il clima della relazione sia tornato sereno. C’è chi interpreta questi atteggiamenti come una manipolazione consapevole, progettata razionalmente con uno scopo preciso da parte del violento, ma molto spesso non è così: anche in questo caso più frequentemente questo comportamento è sincero, indotto dal terrore che il rapporto, che è estremamente importante anche per un partner maltrattante, possa cessare. È questa stessa paura della fine della relazione che successivamente porterà il violento a riprendere, in qualsiasi modo, il controllo della vittima. Nella fase della riconciliazione tipicamente la vittima, di fronte alla gentilezza, ad un partner che è tornato quello dell’innamoramento iniziale, umanamente spera che la situazione sia tornata stabile e serena e di mantenerla tale offrendo la massima disponibilità e arrendevolezza: aumenta anche la sua sopportazione ai primi screzi, ritira azioni legali eventualmente intraprese, abbassa tutte le sue difese e cautele nei confronti dell’altro. Ora che la situazione è tornata quella di prima, il ciclo della violenza può così ripartire dall’inizio. Una volta che la violenza si è “stabilizzata” in questo andamento ricorsivo, i cicli si ripetono, aumenta la loro frequenza e, soprattutto, l’intensità degli eventi più dolorosi e spiacevoli: in apparente contraddizione con questo spesso aumenta la soglia di tolleranza del partner oppresso, che con il tempo arriva a considerare normali, addirittura giuste, forme progressivamente più terribili di violenza. Se questa spirale perversa verso il basso che sono diventati i cicli non viene interrotta, la stessa vita della vittima può essere a rischio. Quando questa spirale è stata innescata, solo il maltrattante potrebbe interromperla: la vittima ormai non ha alcun potere nei riguardi del partner per spezzare questo ciclo perverso (Canu, 2008).

1.3. La genitorialità compromessa
Un figlio si sviluppa attingendo rispettivamente ai contributi di un genitore e dell’altro ed è proprio la diversità dei due apporti che, integrandosi, arricchisce la personalità del minore. Il clima sereno, impostato su un accordo di base tra i due componenti della coppia caratterizza una co-genitorialità sana che potenzia uno sviluppo basato sul benessere emotivo al di là dei classici incidenti che si possono avere durante la crescita. Ma quando
la violenza permea i legami famigliari, non è possibile l'esercizio di un mutuo investimento e coinvolgimento dei genitori nel crescere congiuntamente i figli, e la co-genitorialità viene vanificata sia a causa della forte asimmetria nella relazione di coppia caratterizzata dal potere e dalla sopraffazione (Buccoliero & Soavi, 2018) sia perché le modalità relazionali violente indeboliscono entrambe le figure genitoriali (Bancroft, 2013). Di Blasio (2009) scrive che le famiglie caratterizzate da violenza cronica hanno un livello elevato di caoticità, sono caratterizzate da mancanza di confini e di regole, modelli educativi inesistenti ed episodici, tendenza a parentificare i figli. La gravità di fare crescere un minore in un clima relazionale violento è sottostimata da entrambi i partner che paradossalmente si vergognano: la vittima della propria debolezza e subalternità, l’autore per il danno che può derivarne alla propria immagine (Buccoliero & Soavi, 2018). Non essendo entrambi i genitori in grado di riflettere ed elaborare la propria esperienza, né sarebbe un facile compito per loro commentare le scene di violenza, questa difficoltà si manifesta nel tipico comportamento di negazione dell'esistenza degli eventi traumatici. Per questo e altri motivi scatta spesso, tra autore e vittima, una tacita complicità che induce a nascondere i fatti o a minimizzarli anche quando affiorano (Bancroft, 2013). Molti genitori inducono i loro figli a pensare che parlare con altri di ciò che accade in famiglia sia una sorta di tradimento. Spesso arrivano a intimare ai loro bambini, vittime o testimoni di violenza, di non vedere, di non percepire, di non ricordare e di non riflettere su quanto è successo. In questo modo, non solo non rispondono al loro mandato genitoriale di sviluppo dei processi metacognitivi infantili, ma anzi li bloccano. Come afferma Alice Miller (1980) essi educano i bambini a non accorgersi del male che viene fatto loro. Al bambino sarà implicitamente vietato discutere e persino pensare a ciò che è successo, egli sarà non solo impossibilitato a riflettere e comunicare ciò che sta accadendo, ma anche si troverà di fronte un genitore che si comporta come se nulla fosse accaduto o che ne nega la rilevanza, scoraggiandone il ricordo consapevole (Pallini, 2008). Così la violenza e gli atti che la declinano diventeranno centrali e totalizzanti occupando tutta la scena e la vita del minore, dandogli la percezione di essere invisibile agli occhi dei genitori, non riconosciuto nei suoi bisogni e nelle sue necessità. Vengono così a essere gravemente carenti quelle caratteristiche di empatia, intesa come forma di condivisione affettiva in cui l’attenzione è rivolta allo stato emotivo dell’altro (Grazzani, 2014), che permettono al figlio di cogliere la coerenza e continuità educativa mediata...
dall'affettività, l’esperienza di essere compreso e di esistere per qualcuno. Un’altra funzione genitoriale gravemente danneggiata, dal comportamento violento, è la mentalizzazione (Fonagy & Target, 2001), cioè la competenza che consente al genitore non solo di rappresentarsi il proprio figlio come soggetto mentale, ma anche di “riflettergli” tale rappresentazione. I meccanismi di mentalizzazione spontanea ci permettono di stabilire che le diverse persone hanno pensieri diversi e che i loro pensieri sono rappresentativi di funzioni mentali interne che possono non riflettersi nella realtà esterna (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). La mentalizzazione favorisce la rappresentazione e la simbolizzazione del proprio stato interiore ed è quindi determinante per la regolazione e il controllo degli affetti e degli impulsi (Buccoliero & Soavi, 2018).

Un altro elemento fondante della genitorialità è la promozione dell’intersoggettività, cioè la capacità dei componenti della famiglia di comunicare e comprendere le intenzioni, le motivazioni e i significati l’uno dell’altro. Nella violenza domestica questa possibilità viene soffocata dal clima violento e prevaricante che incombe sul nucleo (Soavi, 2009). In particolare vengono intaccate le modalità di organizzazione emozionale e comportamentale (Greenspan & Pollock, 1989) che influenzano il modo in cui il bambino percepisce l’esperienza soggettiva. Le condizioni emotive dei genitori nella violenza, come vittima e come maltrattante, non permettono lo strutturarsi di un attaccamento sicuro, che protegge dai pericoli, regola le emozioni e rassicura (Attili, Di Pentima, & Toni, 2013). Le violenze ricorrenti non consentono la costruzione di modelli di interazione sufficientemente adeguiti con il caregiver prima, e con il mondo esterno poi, e influiscono negativamente sulla capacità di regolare i propri stati emotivi e di organizzare l’esperienza per produrre risposte comportamentali adeguate (Sander, 1980). Inoltre, in queste situazioni capita che i figli possano anche essere accusati di somigliare all’uno o all’altro genitore e diventare quindi oggetto di rifiuto e ostilità (Luberti, 2017). Tutti questi aspetti disfunzionali rendono incerta e confusa la relazione fra genitori e figli e interferiscono nella sua qualità, sia in termini di distorsioni strutturali in cui il figlio è costretto a ruoli impropri, come per esempio nelle “triangolazioni” (Minuchin, 1981) quando gli vengono assegnati in maniera incongrua compiti di stabilizzazione della coppia, sia in termini di anomalie nei confini generazionali, come avviene nel processo di parentificazione in cui gli vengono attribuite funzioni consolatorie e protettive verso il
genitore sofferente o problematico. Inoltre la letteratura riporta che entrambi i genitori possono diventare trascuranti o maltrattanti nei confronti dei figli che presentano sintomi depressivi, problemi della condotta e sintomi di esternalizzazione dovuti all’esposizione prolungata alla violenza familiare poiché questo rappresenta per il genitore un ulteriore fattore stressante (Luberti, 2017). Gli studi psicologici hanno offerto interessanti letture della complessità relazionale che si crea in situazioni di separazioni conflittuali condividendo la concezione del bambino come partecipante attivo alle transizioni che intervengono tra lui e i genitori (Malagoli Togliatti, M.; Lubrano Lavadera, M., 2011). Infatti il bambino non è solo osservatore, ma è chiamato ad assumere ruoli differenti, spesso conteso e costretto a schierarsi con l’uno o con l’altro genitore e a mediare il conflitto. Minuchin (1974) ha studiato le configurazioni relazionali fra genitori e figli nelle dinamiche conflittuali, introducendo il concetto di triangolazione, definita come una “coalizione instabile” dove ciascun genitore cerca di allearsi con il figlio contro l’altro. Haley (1973) introduce il concetto di “triangolo perverso”, che deriva da una confusione di confini e ruoli generazionali, in cui soggetti che appartengono a generazioni diverse e rivestono ruoli diversi, come nella relazione genitori-figli, si coalizzano diventando “pari”. In genere, un genitore stringe una forte alleanza con il figlio “contro” l’altro genitore, costringendo bambini e ragazzi a dolorose scelte di campo. Spesso il figlio accetta questa alleanza perché vede uno dei genitori più potente o viceversa più fragile (Malagoli Togliatti & Lubrano Lavadera, 2011). Uno degli effetti delle dinamiche relazionali disfunzionali che si possono attivare nei processi separativi è caratterizzato da processi di inversioni di ruolo che creano il figlio “parentificato” (parental child) (Soavi, 2009) e annullano, di fatto, la differenza fra adulto e bambino, costringendo quest’ultimo a un faticoso adattamento adultizzante. La “genitorializzazione” del figlio implica una distorsione soggettiva del rapporto fra genitore e figlio, attribuendo a quest’ultimo funzioni genitoriali che non gli sono proprie. In alcuni casi, all’interno di queste costellazioni relazionali, il figlio può assumere il ruolo di partner sostitutivo, su cui il genitore proietta aspettative e desideri irrealizzabili. Spesso, in queste situazioni, il figlio può sentire il dovere di consolare la madre o il padre, soprattutto se il genitore è depresso o manifesta forte fragilità emotiva o se egli lo individua come vittima della situazione (Dell’Antonio, 2001). Questa condizione può assumere connotazioni patologiche quando il processo di responsabilizzazione va oltre le capacità del figlio (Malagoli Togliatti, M.;
Lubrano Lavadera, M., 2011) e lo investe, in maniera incongrua, di un rapporto impegnativo, che gli richiede molte energie, non venendo riconosciuto nei suoi bisogni emotivi/affettivi legati alle varie fasi di sviluppo. Una condizione particolarmente complessa e grave dal punto di vista relazionale, che si può creare nei casi di alta conflittualità, è quella di rescissione, potenziale o agita, dei legami con uno o entrambi i genitori, che può sfociare nel rifiuto e nella rottura del legame con un genitore, hanno lo scopo di separare il figlio dall’altro e di rinforzare la relazione con lui. La reazione più comune di un figlio è quella di allearsi con un genitore, ma quando questa coalizione diventa rigida può sfociare in atteggiamenti di aperto rifiuto fino all’alienazione. La forma più frevente di maltrattamento sui minori, connessa a situazioni di grave conflittualità, è quella di maltrattamento psicologico, la quale è particolarmente insidiosa perché poco individuabile nei segni e sintomi ma provoca effetti destrutturanti sullo sviluppo emotivo. Per maltrattamento psicologico (OMS, 1999) si intende una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazione che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali, quali l’intelligenza, l’attenzione, la percezione, la memoria. Nelle situazioni di grave conflittualità troviamo tutte queste caratteristiche; inoltre, spesso, il bambino è strumentalizzato o usato come forma di ricatto da un genitore contro un altro. Anche l’abuso e la trascuratezza emozionale definiti come modi di relazione pericolosi tra il datore di cura e il bambino anche se non implicano il contatto fisico. O’Hagan (1995) distingue opportunamente tra l’abuso emozionale e il maltrattamento psicologico: se il primo, infatti, comporta da parte dell’adulto una relazione emozionale stabile, ripetitiva e inappropriata all’esperienza del bambino, il secondo, nella sua forma di denigrazione verbale, critiche e svalutazioni, si configura più come risposta comportamentale e attiva.

1.4. Il genitore maltrattante

L’avere subito e/o assistito a violenze in famiglia è tra i maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti violenti in età adulta (Cancrini, 2012). Molti autori identificano fra i partner violenti soggetti con disturbi di personalità, individui che hanno quindi un preciso quadro diagnostico patologico di cui l’uso della violenza è solo uno dei

Isabella Betsos (2009) attribuisce ai seguenti disturbi di personalità la maggiore probabilità di rendere i soggetti autori di violenza nella coppia:

- Gli individui che presentano un disturbo narcisistico di personalità, secondo Betsos (2009), nella coppia, sono dominatori e attraenti, e cercano di sottomettere e isolare il partner. Fondano il rapporto sulla fusione e il bisogno di fagocitare l’altro. Richiedono ininterrottamente attenzioni da chi li circonda, non tollerano le critiche, sono insensibili ai sentimenti e alle necessità altrui, sono inclini a sfruttare i rapporti interpersonali per i propri scopi e tendenti ad attribuire agli altri la colpa di quanto negativo succeda a loro. Questi partner non si nutrono di amore ma delle ammirazioni altrui. Il controllo non è esercitato attraverso la violenza brutale, bensì per mezzo del plagio e della menzogna. Hirigoyen (2006) sostiene che essi si nutrano dell’energia di quelli che cadono vittime del loro fascino e che scelgano come partner persone piene di vita o da cui possano avere vantaggi materiali. Un aggressore dominante-narcisista (Munroe e Stuart, 2000) utilizza la violenza per controllare il partner al fine di affermare la propria modesta autostima;

- I soggetti con disturbo antisociale di personalità, secondo Betsos (2009), sono caratterizzati da noncuranza e violazione dei diritti degli altri, disonestà attuata tramite la menzogna o la truffa, irritabilità e forte aggressività verso gli altri, impulsività, mancanza di rimorso per le proprie azioni. Non riescono a conformarsi né alla legge, né alle norme sociali, per cui attuano comportamenti immorali e manipolativi. Dopo aver danneggiato qualcuno, possono mostrarsi emotivamente distaccate. I violenti antisociali (Munroe e Stuart, 2000) sono caratterizzati da diversi livelli di gravità, ma accomunati dalla caratteristica di praticare la violenza dentro e fuori le mura domestiche, come modello generale di
violazione dei diritti altrui, è risultato che i violenti antisociali sono cresciuti prevalentemente in famiglie violente e caotiche, con esposizione alla violenza tra i genitori.

- Gli individui con disturbo borderline di personalità, secondo Betsos (2009), sono caratterizzati da un’instabilità nell’umore, nei comportamenti, nell’immagine di sé, hanno una marcata impulsività e difficoltà ad organizzare in modo coerente i propri pensieri. Stabiliscono relazioni interpersonali caotiche e intense caratterizzate dalla successione di idealizzazione e svalutazione dell’altro, possono, ad esempio, dividere le persone in “buone” e “cattive”. I rapporti iniziano generalmente con l’idea che l’altro sia perfetto, completamente affidabile, disponibile, buono. Ma è sufficiente un errore, che l’altro venga catalogato repentinamente come minaccioso, ingannevole, disonesto. Gli individui con disturbo borderline temono fortemente l’abbandono, possono esperire sentimenti cronici di vuoto interiore, difficoltà a controllare la rabbia; vi può essere il ricorso con modalità impulsiva ad alcol, sostanze stupefacenti, cibo, spese sconsiderate, sesso, comportamenti autolesivi o guida sperimentale, al fine di ridurre la tensione emotiva. Sono ricorrenti gesti o minacce suicidari. Rientrano all’interno della categoria geloso-dipendente di Munroe e Stuart (2000) caratterizzata dall’utilizzo della violenza sempre in funzione del controllo, ma soprattutto nel timore dell’abbandono da parte del partner, sempre in questa classificazione tra i portatori dei tre disturbi sarebbero quelli che hanno subito maggiori violenze nell’infanzia.

Nella maggior parte dei casi si tratta, come riferisce Baldry (2005), di soggetti insospettabili provenienti da diversi contesti socio-culturali. Solo nell’8% dei casi questi ultimi fanno uso abituale di alcol, ma l’alcol o l’uso di sostanze stupefacenti non spiegano i comportamenti violenti. Risulta infatti anche da ricerche internazionali che spesso sono essi stessi a usare come alibi le loro difficoltà o l’uso di sostanze per trasferire all’esterno la causa del loro comportamento (Crowell & Burgess, 1999). In realtà il comportamento violento non cessa quando cessa l’uso di queste sostanze, anzi essendoci maggior lucidità, vengono messi in atto comportamenti violenti più mirati e con il chiaro obiettivo di spaventare la vittima e farla soffrire (Herman, 1992). Secondo l’interpretazione di Fonagy e Target (2003) i comportamenti delinquenziali e violenti sono la risposta a ferite
narcisistiche infantili derivanti da un mancato appagamento dei bisogni di rispecchiamento e dalla frustrazione dei bisogni di idealizzazione, da cui deriverebbe la rabbia distruttrice.

Secondo Luberti (2017) molti genitori violenti possono essere stati provati da eventi sfavorevoli nell’età dello sviluppo, in particolare è frequente che abbiano avuto una storia famigliare di maltrattamenti in cui ne sono stati oggetto o testimoni. Il loro comportamento può essere quindi frutto di un modello appreso o può essere che questi eventi abbiano minato l’equilibrio della personalità lasciando cicatrici nascoste che a fronte di carichi emotivi importanti possono riattivarsi e scatenare comportamenti violenti. Questo avviene in maniera privilegiata nell’intimità della casa familiare e l’oggetto è preferibilmente il coniuge. Al di fuori della famiglia l’autore delle violenze può presentarsi molto diverso rispetto a come è tra le mura domestiche, spesso in pubblico e nelle situazioni sociali si presenta come molto educato e premuroso con i figli. All’osservazione dei professionisti che indagano il funzionamento familiare si dimostrano inizialmente adeguati e collaboranti, col rischio che vengano scambiati per buoni genitori (Buccoliero & Soavi, 2018). I maltrattanti non si sentono coinvolti nel processo di crescita dei figli e considerano loro la loro educazione come appannaggio della figura del partner (Bancroft; Silverman, 2002), infatti il genitore maltrattante è auto-centrato sui propri bisogni e si nega l’accesso ai sentimenti della vittima, reificandola come soggetto arido e interessato, per poter evitare di accedere ai propri vissuti di colpa e di inadeguatezza grave (Luberti, 2017), e, oltre a non empatizzare con la vittima, non sa cogliere le esigenze evolutive dei figli che tende a percepire come accade per il proprio partner, una sua proprietà (McGuigan & Pratt, 2001) (Cox, Kotch, & Everson, 2003). Mary Main e Ruth Goldwyn(1998) considerano che gli adulti autonomi, genitori di bambini sicuri, sono persone in grado di discutere sugli stati mentali e quindi anche in grado di prendere in considerazione lo stato mentale dei loro bambini. Bernier e Dozier (2003) parlano in tal senso della capacità genitoriale di mind-mindness come una più ampia capacità di formarsi una rappresentazione mentale del bambino e di considerarlo come un individuo con una vita mentale autonoma. La consapevolezza e la comunicazione del genitore sugli stati della mente del bambino costituirà la base per rispondere sensibilmente ai suoi bisogni e regolare le sue emozioni, ma rappresenterà anche per il bambino la modalità attraverso la quale potersi cominciare a formare una teoria su di sé e sulla relazione
d’attaccamento. Il bambino, nella relazione con la figura d’accudimento, impara inizialmente a riflettersi nell’immagine che essa si è formata di lui e che gli viene rimandata. In seguito comincerà a interiorizzare tale immagine riflessa nella figura d’accudimento e i pensieri e le emozioni ad essa associati (Fonagy, et al., 1995). Diventerà così in grado di pensare se stesso, sviluppando egli stesso la funzione autoriflessiva, che gli consentirà di integrare eventi anche penosi nel flusso della sua consapevolezza. Sarà anche in grado di prevedere e spiegare il comportamento delle persone in riferimento agli stati mentali e potrà ragionare su interazioni complesse anche conflittuali o penose. Un altro aspetto centrale è quello dell’autoreferenzialità: i genitori maltrattanti tendono a considerare se stessi come il centro della famiglia attorno a cui ruotano tutti gli altri, non riconoscono quindi i bisogni dei figli e faticano ad accettare cambiamenti alle proprie abitudini ed esigenze per dare loro spazio. Questa rigidità può diventare particolarmente problematica quando i figli attraversano la fase dell’adolescenza, in cui le richieste di autonomia e differenziazione si fanno più cogenti e non trovano risposte di accoglimento. Hanno spesso un atteggiamento educativo incoerente, nel senso che alternano momenti in cui lasciano fare ad altri di grande rigidità e severità. Capita non di rado che il genitore minacci il figlio di essere sottratto dall’altro genitore e/o che quest’ultimo venga ucciso; faccia discorsi sull’inadeguatezza genitoriale del partner e sull’insoddisfazione della vita sessuale coniugale; faccia diventare il figlio suo confidente rispetto a sue relazioni extraconiugali (Luberti, 2017). I figli possono anche essere percepiti come un fastidio o un impedimento di cui disinteressarsi o alle cui richieste reagire con violenza.

Per quanto riguarda la possibilità di un cambiamento per un genitore violento, anche se ancora in numero non particolarmente significativo, ci sono genitori maltrattanti che accedono a percorsi di trattamento. Secondo Herman (1992), lo scopo dell’abusante è distruggere la coscienza di sé della vittima nel rapporto con gli altri e infliggere sistematicamente un trauma psichico attraverso la privazione del potere e l’isolamento, limiterà così la sua libertà di scelta al fine di perpetuare lo squilibrio di potere. La finalità ultima del maltrattante è quella di convincere la vittima che egli sia onnipotente e che la vita della vittima dipenda dall’ottenere indulgenza attraverso la totale compiacenza e che quindi ogni resistenza sia inutile. Qualsiasi minaccia all’equilibrio può essere controllata con un ciclo crescente di punizioni che vanno da intimidazioni a esplosioni vere e proprie di violenza. Bancroft (2002) sottolinea che il miglioramento della genitorialità di un
maltrattante non si può scindere dal suo miglioramento nell’affrontare la violenza verso il partner. Questo passaggio è ineludibile poiché solo riconoscendo la violenza e non negandola, e soprattutto comprendendo le conseguenze provocate sui figli, può decidere di impegnarsi per riprendere il suo ruolo di genitore.

1.5. **Il genitore maltrattato**

La vittima e il suo carnefice hanno un legame dove l’abuso avviene in maniera intermittente: non appena l’effetto della reazione immediata del trauma si abbassa, nella memoria della vittima si altera il ricordo emotivo sugli abusi passati e c’è un incremento della focalizzazione sugli aspetti positivi della relazione con conseguente improvviso cambiamento del punto di vista della vittima sulla relazione. Come spiegazione alla propensione di queste vittime a utilizzare questa modalità che le porta a scegliere rapporti abusanti, può essere utilizzata l’interpretazione fornita dalla teoria dell’attaccamento (Bowlby, 2000). In questo caso la vittima si ritiene che abbia sviluppato un legame di attaccamento insicuro, così come è stato determinato nella storia infantile e nelle relazioni con le figure parentali (Magaraggia & Cherubini, 2013). Questa teoria verrà approfondita nel paragrafo 2.2. La vittima, dopo aver subito la distruzione graduale della propria autostima, attraverso continue critiche, denigrazioni, anche davanti ai figli (Bancroft, 2013) viene depauperata nella sua identità e capacità genitoriale (Luberti, 2017) e si ritrova in una condizione personale ed emotiva estremamente difficile da gestire. Tra le caratteristiche più comuni delle vittime di violenza domestica c’è la rassegnazione che porta a non reagire di fronte ad aggressioni anche ripetute. La spiegazione che viene data a questa “impotenza appresa” risale allo studio sperimentale di Seligman del 1967 in cui viene dimostrato che un cane rinchiuso in una gabbia a cui viene somministrata una scossa elettrica, dopo ripetuti tentativi di fuggire sempre senza successo perché la gabbia non consente all’animale la fuga, rinunzerà a cercare di sottrarsi anche quando gli verrà mostrato che la gabbia è stata aperta. Anche negli esseri umani, chi è ripetutamente esposto a una punizione da cui non ha vie di fuga sviluppa la tendenza a non assumere il controllo del proprio comportamento anche quando tale controllo sarebbe possibile (Seligman & Maier, 1967). Tra i motivi per cui queste vittime reputano di non potersi sottrarre alla violenza c’è la credenza che vi sia mancanza di alternative, e
gli abusanti agiscono proprio su questa credenza praticando frequentemente l’isolamento e la violenza economica. Il carnefice isola la vittima da altre fonti di sostegno in modo da ridurre la probabilità di riconoscere la gravità dei comportamenti abusanti: altera la capacità della vittima di ricevere un punto di vista diverso da quello dell’abusante rafforzando così il senso di dipendenza unilaterale (Dutton & Painter, 2009). Il maltrattante, nell’ottica di potere e di controllo in cui impronta le relazioni, critica continuamente l’operato del partner come genitore, fino a che egli stesso finisce per mettere in discussione le proprie capacità: avviene una compromissione della capacità della vittima di una corretta autovalutazione delle risorse personali, portando a un senso di inadeguatezza e a una percezione di dipendenza dalla persona dominante. In un processo di assuefazione finisce per trovare la violenza normale, addirittura diventandone connivente e, non percependola su di sé, non la riconosce sui figli.

D’altra parte “vedere” la sofferenza provoca forti sensi di colpa per non riuscire a proteggerli: questo aumenta il suo senso di impotenza o induce a cercare alleanze improprie con i figli. Al ripetersi e aggravarsi degli eventi, nella mente e nel sistema emotivo della vittima, il trauma acuto si trasforma in trauma cronico, nel senso che il periodo tra un incidente e l’altro è segnato dal pensiero ossessivo di un ulteriore imminente disastro (Buccoliero & Soavi, 2018), lo stesso che accadrà sui minori vittime di violenza assistita come si approfondirà nel prossimo capitolo. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, questo tipo di violenza “rappresenta una causa di cattiva salute più importante degli effetti degli incidenti stradali e della malaria combinati insieme”: sul piano psicologico, conseguenze dirette delle violenze possono essere rappresentate da reazioni di ansia acuta, di dissociazione, o di numbing (rallentamento e intorpidimento delle reazioni) e, dalla sindrome post-traumatica da stress che comporta un malfunzionamento del sistema immunitario, e può inoltre colpire qualsiasi organo o funzione. A medio e a lungo termine, le conseguenza psicologiche più frequenti sono irritabilità, disturbi d’ansia, attacchi di panico, disturbi alimentari, disturbi del sonno, uso e abuso di nicotina, alcol e sostanze stupefacenti, gastriti e ulcere, colon irritabile, dispepsia, angina pectoris, maggiore incidenza di ipertensione, aggravamento di stati patologici cronici, depressione, tentativi di suicidio e suicidio (Lahi & Prezza, 2010) (Jasinski, 2004) (Plichta, 2004) (Murray, et al., 2010) (Romito, De Marchi, & Gerin, 2008). Purtroppo i vissuti della vittima, intaccano le sue risorse personali e
influenzano negativamente la sua affidabilità genitoriale (Gargiulo & Damiani, 2010). Questi vissuti possono ingenerare comportamenti confusi e contraddittori nei confronti dei figli e inoltre la persona maltrattata, non ha lo spazio mentale e affettivo per occuparsi dei figli e difficilmente riesce a conservare buoni livelli di risposta emotionale e di attenzione ai loro bisogni, rischiando quindi di essere trascurante. La delegittimazione continua della vittima attraverso forme di maltrattamento psicologico esercitate dal partner investe anche l'area genitoriale poiché il maltrattamento inibisce la capacità di sintonizzazione affettiva che consente una comunicazione empatica con il figlio fondamentale per lo strutturarsi di un legame di attaccamento sicuro (Stern, Hofer, Haft, & Dore, 1998). Questo accade perché la pressione emotiva e il clima di perenne allarme provocano reazioni inappropriate nei confronti dei figli e questo ne aggrava lo sviluppo, soprattutto se molto piccoli, perché tra il bambino e l’adulto di riferimento c’è una co-regolazione dell’attività cardiaca e respiratoria: se l’adulto è calmo, ha la frequenza cardiaca e respiratoria rallentata, un tono di voce pacato e una mimica del volto rasserenante, in questa condizione può regolare il bambino per esempio quando il suo sistema parasimpatico è troppo attivo per la paura; il minore regola il suo stato di attivazione su quello dell’adulto predisponendosi all’interazione sociale che consentirà lo strutturarsi di un attaccamento sicuro (Verardo, Cioccolanti, Giovanozzi, 2016). Questo non avverrà se la vittima di violenza non è in grado di sviluppare una sintonia nei confronti del figlio, sopraffatta dalla propria condizione soggettiva in cui deve continuamente fronteggiare situazioni fortemente stressanti che le impediscono di cogliere e accogliere le esigenze diverse e complesse che i figli esprimono.

La figura di riferimento maltrattata e il bambino possono diventare l’uno per l’altra “riattivatori traumatici” (Liotti & Farina, 2011), ad esempio il pianto, la paura e la rabbia del bambino, specie nelle vittime di violenza domestica che hanno anche subito altri traumi non elaborati, possono riattivare nella vittima di violenza un funzionamento post-traumatico che porta alla determinazione di una circolarità di scambi disfunzionali spaventati e spaventanti tra la diade che possono sfociare in allontanamento fisico o emotivo del caregiver o altri comportamenti violenti da parte del genitore. Quando i figli raggiungono un’età superiore secondo Moscati (2005) emerge dagli studi che nella diade ci sia il rischio dello strutturarsi di un rapporto in cui i ruoli sono invertiti: è il genitore a utilizzare il figlio a scopo riparativo e consolatorio rispetto a parti non funzionali di sé,
quali la scarsa fiducia in sé e la dipendenza e spesso diventa il suo principale confidente. Il figlio a sua volta sentirà di avere il compito di prendersene cura, rifiutando di separarsene, di lasciarlo solo e controllando le sue attività, tutti ruoli che non gli competono. Lo stress genitoriale e le oscillazioni di umore legate al continuo stato di allerta possono suscitare nel figlio la percezione di un’inaffidabilità genitoriale, per questo motivo il figlio avrà sia comportamenti protettivi sia comportamenti punitivi, controllanti e ostili nei confronti del genitore. L’essere vittima di violenza pone il genitore in una situazione di subalternità, molto simile a quella dei figli, e spesso lo fa vivere in una relazione orizzontale con loro, in seguito all’invalidazione del suo ruolo genitoriale. Contemporaneamente può usare modelli educativi rigidi e punitivi, ed essere eccessivamente controllante (Soavi, 2009).
Capitolo 2

LE VITTIME DELLA VIOLENZA ASSISTITA

2.1. Il trauma della violenza assistita

Seguendo l’ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), pubblicata nel 2014, descrivendo il “Disturbo da stress post-traumatico” ci si riferisce sia al fare esperienza diretta dell’evento traumatico sia all’assistere e/o venire a conoscenza dell’evento avvenuto ad altri nonché del fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione di dettagli crudi dell’evento. Sempre nel DSM-5 gli eventi vissuti come testimoni includono la violenza domestica insieme a morte innaturale, abuso fisico o sessuale dovuto ad aggressione violenta, incidente, minacce, gravi lesioni, guerra o disastro, catastrofe medica riguardante il proprio figlio. Dunque secondo il DSM i figli coinvolti nella violenza domestica sono esposti a trauma psichico. Già Putnam nel 2001 aveva inserito la violenza assistita tra le fonti di trauma infantile insieme alla violenza collettiva, le catastrofi, la guerra, i conflitti civili, gli incidenti, le ferite, e aggiunge inoltre che la relazione affettiva e/o di fiducia tra il bambino, l’autore della violenza e la vittima diretta costituisce uno dei presupposti esplicativi della sussistenza della vittimizzazione da violenza assistita. La caratteristica principale del trauma è l’interruzione imponente del processo di elaborazione del flusso degli eventi in atto, Stern (2010) per descrivere la vita utilizza la metafora del racconto e sostiene che il trauma sia un’interruzione senza preavviso della trama narrativa di svolgimento degli eventi quotidiani. La psichiatra Leonor Terr (1989) distingue i traumi in due tipologie:

- Tipo 1 o trauma da evento singolo: un evento improvviso, circoscritto, inaspettato e profondamente devastante (incidente stradale, disastro naturale, attentato terroristico, un episodio di abuso, un episodio di stupro); può essere impersonale, non causato da un’altra persona, o interpersonale, causato da un’altra persona, sia intenzionalmente o meno.

- Tipo 2 o trauma ripetitivo e complesso: trascuratezza grave e/o abuso continuativo o ti tipo emotivo, fisico, sessuale, o altre forme di maltrattamento all’interno della famiglia nucleare o allargata; violenza domestica, persecuzioni politiche,
religiose, etniche; stato rifugiato; torture, prigionia, guerra, genocidio. Questi traumi sono tutti interpersonali e implicano intenzionalità.

I traumi di tipo 1 possono portare a allo sviluppo di un disturbo post-traumatico da stress o di altre patologie, specialmente se manca un supporto o un sostegno sociale o occorrono in età infantile. Solitamente questi traumi non sono ricorrenti, anche se le persone possono vivere in uno stato di allarme per molto tempo, per paura che si ripresentino. I traumi di tipo 2, sono predittivi quasi sempre dello sviluppo di disturbo post-traumatico da stress e di altre patologie correlate. La natura complessa di tali traumi non comporta “solo” paura, shock e impotenza, ma interferisce con lo sviluppo di un sé integro, poiché la maggior parte dell’energia psichica è diretta alla sopravvivenza e alla difesa piuttosto che all’apprendimento e allo sviluppo personale. Intacca, inoltre, lo sviluppo, la struttura e il funzionamento del cervello, sia nel breve sia nel lungo termine (Schore, 2008) (Lanius & Vermetten, 2012). Le osservazioni di Leonor Terr (1989) sottolineano che quanto più un trauma è interpersonale, tanto più gravi sono le manifestazioni psicopatologiche e, di conseguenza, tanto più difficile sarà il percorso di cura. Per noi che siamo dipendenti in modo profondo dal legame di attaccamento la relazione può avere un imprescindibile valore di cura tanto quanto di danno alla nostra integrità fisica ed emotiva, ledendo, talvolta in misura sostanziale la fiducia in se stessi e nel mondo degli esseri umani. Pertanto se il trauma si declina in un’interruzione della trama identitaria, separazioni improvvisse e/o particolarmente violente e conflittuali nonché liti precoci di una figura di accudimento, morti violente di un congiunto evidenziano particolarmente bene come la specifica rottura del o dei legami che danno senso all’esistenza di ognuno di noi e fondano la nostra identità, si rivelino piuttosto ardua da sanare qualsiasi separazione e perdita quindi ha a che fare con questioni di attaccamento anche in termini di come rispondiamo alla separazione e alla perdita stesse. La cosa più importante, comunque, è che, qualunque sia il tipo di separazione traumatica, abbiamo a che fare con eventi che interferiscono con la costruzione di un personale processo identitario in atto o lo interrompono e lo spezzano (Terr, 1989).
2.2. Gli stili di attaccamento

L’essere umano è geneticamente predisposto ad avere bisogno della presenza e dalla vicinanza di una figura di accudimento ed è ormai risaputo che senza questo attaccamento si muore. L’attaccamento, quando basato su un accudimento sintonizzato ed empatico, garantisce la protezione nei momenti di pericolo e promuove lo sviluppo emotivo e cognitivo. La figura di accudimento, che risponde ai segnali del bambino, accarezzandolo e nutrendolo, dà senso alle sue esperienze inizialmente solo sensoriali e successivamente anche emotive e cognitive. L’interazione empatica e sintonizzata, inoltre, fa sì che il bambino non solo aumenti la sua competenza rispetto ai propri stati somatici ed emotivi, ma riesca a immedesimarsi anche nella mente dell’altro e a interagire con l’ambiente in modo efficace (de Zulueta, 2009). Gli esseri umani sono intrinsecamente sociali e sono plasmati dalle loro esperienze con gli altri, “senza reciproche interazioni le persone e i neuroni si indeboliscono e muoiono” (Van der Kolk, 2005) ed è per questa ragione che i neurobiologi interpersonali credono che l’amicizia, la psicoterapia e le relazioni tra le persone possano riattivare i processi neuroplastici e modificare realmente le strutture e la biochimica del cervello (Cozolino, 2013). Negli ultimi anni la letteratura e la ricerca (Liotti, 2006) suggeriscono la teoria dell’attaccamento come valido riferimento teorico attraverso cui interpretare gli effetti dei traumi relazionali di tipo cronic o, quali le esperienze di violenza intrafamiliare, sull’adattamento psicologico delle giovani vittime. Negli studi classici sull’attaccamento di Bowlby (1980) e nell’ambito della Strange Situation (Ainsworth et al., 1979) sono state effettuate osservazioni relative agli effetti comportamentali della separazione dei bambini nei primi anni di vita dall’adulto che si prende cura di loro detto figura di attaccamento o caregiver. Queste osservazioni hanno consentito di individuare una significativa variabilità nelle reazioni dei bambini al riavvicinamento con il caregiver e in base a questa variabilità sono state individuate quattro principali tipologie di attaccamento: attaccamento sicuro, attaccamento insicuro-evitante, attaccamento insicuro-ambivalente e attaccamento insicuro-disorganizzato. Alla base di questi diversi stili di attaccamento ci sono i Modelli Operativi Interni (MOI), che sono rappresentazioni mentali di sé e della figura di attaccamento che costituiranno la matrice per le interazioni successive, anche se hanno un carattere dinamico e se smentite dall’esperienza possono venire riformulate (Grazzani, 2014). La teoria dell’attaccamento (Bowlby, 1980) postula che il sistema di attaccamento viene attivato quando un essere
umano è esposto a eventi terrificanti o traumatici. Dolore, paura e umiliazione – le conseguenze inevitabili di ogni evento traumatico – motivano naturalmente gli esseri umani a ricercare la vicinanza protettiva di una figura di attaccamento dalla nascita sino alla fine della vita. I MOI costruiti sulla base dei primi attaccamenti, tuttavia, regola il modo in cui questa ricerca della vicinanza protettiva sarà realizzata nel corso della vita e può persino inibirla. Mentre i MOI di attaccamento sicuro permettono una ricerca efficace e il probabile conseguimento di conforto e rassicurazione dopo un evento traumatico, quelli corrispondenti agli attaccamenti insicuri la intralciano in modo vario. L’aspettativa di essere respinto o tenuto a distanza (attaccamento evitante), di essere confortato in modo incompetente o goffo (attaccamento ambivalente), di essere terrorizzato dalle figure di attaccamento o terrorizzarle (attaccamento disorganizzato), ostacola la ricerca della vicinanza protettiva di altri esseri umani dopo aver sperimentato un evento traumatico. Quindi i MOI di attaccamento sicuro saranno una difesa primaria contro il trauma e un importantissimo fattore di protezione nei confronti di eventuali future esperienze avverse. L’adulto accudente protegge dalle minacce e dai pericoli, regola le emozioni del bambino e lo rassicura, attraverso scambi di segnali tali che le attività cerebrali dei due si accordino reciprocamente attraverso una “co-regolazione”, fondamentale per lo sviluppo di strutture e circuiti cerebrali necessari al raggiungimento della capacità di autoregolazione da parte del bambino. Con lo sviluppo il minore introietterà rappresentazioni mentali del caregiver come figura accudente e presente, potrà così in futuro sostituire la vera vicinanza fisica con queste rappresentazioni emotive e cognitive. Il sistema di attaccamento si trasforma in un sistema di “sicurezza percepita”, grazie al quale il minore esplorerà ciò che lo circonda senza averne paura o terrore. L’attaccamento sicuro consente al bambino di esprimere il proprio disagio alla figura di riferimento e ricevere una risposta adeguata alle proprie necessità (Di Blasio, 2009), questo costituirà un fattore protettivo contro la probabilità di sviluppare disturbi post-traumatici da stress acuti e cronici dopo l’esperienza del trauma. Al contrario i MOI di attaccamento insicuro costituiranno probabilmente fattori di vulnerabilità a disturbi post-traumatici da stress acuti e cronici (Yehuda & McFarlane, 1995). Come espresso nel precedente paragrafo la letteratura ha chiarito come modalità di accudimento spaventanti, spaventate, dissociate (Main & Hesse, 1990) (Hesse & Main, 2000) o estremamente insensibili (Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999) costituiscono una rilevante precondizione rispetto all’insorgenza di un
attaccamento insicuro di tipo disorganizzato. Questo perché tali modalità di cura espongono, il bambino a una situazione paradossale, in cui il caregiver diviene al tempo stesso fonte di pericolo-paura e di protezione-rassicurazione (Attili, 2001a) (Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999) (Main & Hesse, 1990). I MOI di attaccamento disorganizzato non solo ostacolano la ricerca di aiuto e conforto quando un bambino affronta le conseguenze emotive del trauma, ma oltretutto incrementa attivamente almeno una di quelle conseguenze, specificamente l’esperienza di paura. L’aspettativa del bambino di essere ulteriormente terrorizzato dalle figure di attaccamento quando si avvicina a queste spaventato o sofferente, o di essere fonte di spavento per loro, crea un circuito chiuso senza scampo e paradossale di paura sempre crescente (Main & Hesse, 1990).

2.3. I vissuti del minore

Essere testimoni di violenza domestica porta i bambini e gli adolescenti a fare esperienza di una condizione psicologica struggente e complessa, che inciderà, se non precocemente trattata, sul loro sviluppo sia in termini di strutturazione della personalità che di apprendimento di modalità relazionali distorte e violente. Il loro mondo interiore è contraddistinto dal terrore costante di che cosa potrebbe succedere da un momento all’altro, ma non solo, esperiscono anche solitudine, dolore, confusione, rabbia, allerta continua, impotenza. Vissuti che in genere non possono condividere con nessuno: né con i genitori, che vedono ugualmente coinvolti nella violenza sebbene con ruoli differenti né con il mondo esterno per il timore e la vergogna. Si trovano in un contesto di assoluta imprevedibilità (Herman, 1993), dovuta alle esplosioni incoerenti di violenza, dove le figure di riferimento sono da un lato impotenti e disperate, dall’altro spaventanti e pericolose. Questa imprevedibilità mette i minori in uno stato di allerta e ansia continua e li rende insicuri delle proprie percezioni, di quello che provano e di chi essi stessi sono, provocando vissuti di disvalore e senso di alienazione (Buccoliero & Soavi, 2018). La violenza assistita può anche inibire nelle giovani vittime le normali manifestazioni aggressive, per la paura e il senso di colpa che associano alle esplosioni di rabbia, emozione a cui non possono permettersi di accedere, oppure può determinare la normalizzazione dei comportamenti a cui hanno assistito (Montecchi, Bufacchi, & Viola,
Possono non essere in grado di definire la linea di confine tra comportamento lecito e illecito, con facilità di passaggio dallo scontro verbale a quello fisico e possono essere incapaci di concepire un conflitto senza violenza fisica o verbale. Secondo Buccoliero (2018) con molta frequenza si rileva che, dopo la separazione dei genitori, nei figli, specie adolescenti, aumentano i comportamenti maltrattanti verso il genitore vittima di violenze e fratelli, mettendosi in atto una sorta di sostituzione del genitore abusante per un bisogno di controllo e coercizione. Un altro vissuto frequente nel figlio è il senso di colpa derivante dall’essere testimone della violenza, sentirne tutta l’ingiustizia, senza però riuscire a contrastarla e quindi ritrovarsi a essere spettatore passivo di una realtà che vorrebbe cambiare. Tra le difficili condizioni che creano malessere e, se non intercettate e curate, possono avere conseguenze estremamente gravi sullo sviluppo evolutivo dei figli c’è il fatto di subire le vessazioni del genitore maltrattante attraverso lo stalking effettuato sul figlio per avere maggiori informazioni sul genitore maltrattato non curandosi dello stato emotivo del minore e non riconoscendolo come essere umano ma solo come oggetto con una precisa funzione. Genera grande sofferenza e confusione nel minore anche il maltrattamento economico agito su un genitore quando la privazione economica comporta una conseguenza diretta anche sul figlio non permettendogli quelle opportunità, anche concrete, che gli spettano (Luberti, 2017). Accade che i genitori non sono in grado di riconoscere che anche quella che sta vivendo il figlio si chiama violenza perché per la situazione emotiva in cui si trovano non possono permettersi di avere uno spazio mentale per lui, allora il figlio vive in una condizione di trascuratezza emotiva da parte dei genitori che lo fa sentire invisibile ai loro occhi, e, paradossalmente, come ultimo tentativo per poter prevenire le violenze, si renderà egli stesso invisibile in funzione di adattarsi all’ambiente ostile in cui si ritrova. “Non vorrei disturbare, non vorrei mai disturbare”, commenta Elena Di’ (2010) nel suo libro sulla violenza assistita, raccontata con gli occhi di una bambina. Un’invisibilità che si tinge di paura nell’esprimere i propri pensieri e le proprie emozioni e congela così tutte le manifestazioni emotive. Il minore si formerà rappresentazioni mentali emotivamente cariche dell’esperienza drammatica della paura senza soluzione (Main & Hesse, 1990) e, non riuscendo a fronteggiare l’intensa paura, si verifica un crollo delle strategie comportamentali. Infatti in tali contesti relazionali viene a crearsi una spirale di paura che diviene disorganizzante, nel senso che il minore non trova una soluzione organizzata nel sistema di difesa (attraverso la messa in atto di
risposte di fuga o di attacco) o in quello di attaccamento (attraverso la ricerca nel genitore di vicinanza protettiva e conforto) (Camisasca, 2008). La letteratura, infatti, ha chiarito come modalità di accudimento spaventanti, spaventate, dissociate (Main & Hesse, 1990) (Hesse & Main, 2000) o estremamente insensibili (Lyons-Ruth, Bronfman, & Parsons, 1999) costituiscano una rilevante precondizione rispetto all’insorgenza di un attaccamento di tipo disorganizzato, di cui verrà chiarito il significato nel paragrafo successivo.

2.4. Gli esiti sullo sviluppo
Secondo Soavi (2018) nel valutare le conseguenze dell’esposizione alle violenze tra genitori sullo sviluppo dei figli dobbiamo considerare una molteplicità di fattori: molto dipende dall’età in cui i figli vengono coinvolti nell’evento separativo, dalla capacità di decodificare quello che succede legata allo stadio evolutivo, dalla qualità e dalla frequenza dell’esposizione agli eventi conflittuali, dal tempo di esposizione alla violenza e alla gravità delle situazioni a cui bambini e adolescenti sono sottoposti. Dobbiamo però anche considerare le capacità di coping e la resilienza dei soggetti in età evolutiva (Di Blasio, 2005), nonché i fattori protettivi ambientali, legati alle situazioni di supporto extrafamiliare (famiglie d’origine accoglienti), eventuali traumatizzazioni secondarie legate alla negazione e sottovalutazione del fenomeno da parte di persone e istituzioni e, non ultimi, Servizi attenti e protettivi: queste condizioni hanno il potere di bilanciare gli aspetti negativi, attutendone le conseguenze (Luberti, 2017). Gli effetti del trauma precoce nel primo anno di vita portano i bambini a manifestare disorganizzazione sensomotoria e mancata regolazione dei ritmi biologici (pianto intenso e prolungato, insensibilità al conforto, agitazione motoria, ipertono muscolare, disturbi dell’alimentazione, disturbi del sonno con difficoltà di addormentamento, risvegli frequenti, incubi); problemi sfinterici (stipsi e diarrea), comportamento sottomesso, tristezza, insensibilità agli stimoli (Buccoliero & Soavi, 2018). Dopo l’anno, essendo in grado di muoversi autonomamente, i bambini mettono in atto meccanismi di attacco e fuga, con frequenti incidenti, inibizione dell’esplorazione, precoce cura di sé (Lieberman & van Horn, 2007). Più tardi i bambini cercano di capire i rapporti di causalità tra gli eventi, si autocolpevolizzano, pensando di essere, in quanto cattivi, la “causa” degli
impotenza, colpa, vergogna, stigmatizzazione, bassa autostima, impulsività, aggressività, passività, dipendenza, sintomi somatici, sintomi e disturbi dissociativi, disturbi alimentari, abuso di sostanze, difficoltà di autoprotezione, difficoltà genitoriali (ad esempio, scarsa protettività, atteggiamento iperansioso), trascuratezza fisica ed emotiva, violenza fisica, psicologica, sessuale ai danni di partner e figli e/o di terze persone. Lo studio epidemiologico ACE, Adverse Childhood Experience, nato a partire degli studi di V. Felitti al Dipartimento di Medicina Preventiva di San Diego negli anni '80 che ha coinvolto più di 17000 partecipanti, ha rilevato che le esperienze avverse infantili includenti la violenza contro uno dei genitori possono contribuire molti anni dopo allo sviluppo di malattie croniche che possono portare a disabilità e morte precoce. Una forte associazione è stata rilevata tra il numero delle esperienze avverse infantili e comportamenti a rischio, fumo, inattività fisica, alcolismo, abuso di sostanze stupefacenti, promiscuità sessuale senza protezione, malattie sessualmente trasmissibili, obesità, depressione, tentato suicidio. Inoltre maggiore è il numero di esperienze negative infantili, maggiore è la probabilità di sviluppare problemi cardiaci, ictus, diabete, cancro, fratture scheletriche, malattie epatiche (Luberti, 2017).

2.5. I correlati neurobiologici

2.5.1. Conseguenze a lungo termine

Lo stress cronico, come la depressione maggiore, porta a un’elevata produzione giornaliera dell’ormone glucocorticoide dello stress, il cortisolo, il rilascio dell’ormone liberante la corticotropina (CRH) e dell’adrenocorticotropina (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Un aumento transitorio della secrezione di cortisolo, come ha luogo nello stress acuto, ha un effetto sopressivo sul sistema immunitario (risparmiando energie e ritardando i processi infiammatori che potrebbero inibire le risposte di attacco o fuga), indirizza il corpo verso uno stato catabolico (rendendo disponibile l’energia necessaria per affrontare la causa dello stress), aumenta i livelli di energia disponibili, affina i processi cognitivi e aumenta la fiducia in se stessi. Un aumento cronico, invece, può far comparire i sintomi della depressione quali modificazioni dell’appetito, del sonno e della disponibilità di energia. Per esempio gli individui affetti dal morbo di Cushing (nei quali i tumori ipofisari seceranno un eccesso
di ACTH che determina a sua volta un eccesso di cortisolo) spesso soffrono di depressione e insomma. Inoltre livelli elevati di cortisolo sopprimono la normale neurogenesi (formazione di nuovi neuroni) determinando una minore produzione di cellule e questo è stato direttamente osservato nella grandezza dell’ippocampo che infatti nei pazienti depressi è di minori dimensioni (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). L’ippocampo fa parte del pavimento del corno temporale del ventricolo laterale, insieme al giro dentato e al subiculum. Nel loro insieme queste formazioni sono responsabili della formazione delle memorie a lungo termine relative alle nostre esperienze giornaliere, le cosiddette memorie episodiche, ma non sono la sede di immagazzinamento permanente delle memorie. Lesioni dell’ippocampo interferiscono con la capacità degli individui di formare nuove memorie, mentre non hanno effetti significativi sulla capacità di richiamare alla memoria vecchi ricordi. Infatti la depressione si accompagna spesso ad alterazioni della memoria che potrebbero spiegarsi come una disfunzione dell’ippocampo. Attraverso le tecniche di neurovisualizzazione cerebrale anche l’amigdala, posta rostralmente rispetto all’ippocampo, nelle turbe depressive e nelle forme ansiose risulta ingrandita e con un’attività basale aumentata in assenza di stimoli (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Nel paragrafo successivo si vedrà il suo ruolo centrale nell’analisi del significato emozionale e motivazionale degli stimoli sensoriali.

2.5.2. Psicobiologia del trauma
L’amigdala riceve afferenze direttamente dai principali sistemi sensoriali e i suoi neuroni proiettano al neocortex, ai nuclei della base, all’ippocampo e a diverse strutture sottocorticali, fra le quali l’ipotalamo. Attraverso le sue proiezioni al tronco dell’encefalo l’amigdala può modulare le componenti somatica e viscerale delle emozioni. Infatti media le risposte inconsce a una situazione di pericolo, quali le variazioni della frequenza cardiaca e respiratoria e la dilatazione delle pupille, nonché la percezione emozionale conscia della paura. È implicata sia nelle risposte innate sia in quelle condizionate ad esempio negli esperimenti sull’Uomo, quando impara che uno stimolo neutro è seguito da uno shock elettrico o rumore di elevata intensità, lo stimolo neutro da solo è in grado di produrre un aumento della frequenza cardiaca e la reazione di immobilizzazione che in precedenza venivano provocati dall’applicazione isolata dello shock elettrico o del suono (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Queste risposte apprese
mediante il condizionamento non si manifestano a seguito di lesioni selettive della regione dell’amigdala, quindi l’amigdala è implicata nelle risposte emozionali condizionate, attraverso modificazioni sinaptiche di natura plastica all’interno del nucleo centrale. Il carico emotivo di uno stimolo viene valutato dall’amigdala per determinare se vi è pericolo (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Se l’amigdala rileva una condizione di pericolo, organizza l’espressione delle risposte comportamentali e fisiologiche per mezzo delle sue connessioni con l’ipotalamo e il tronco dell’encefalo. L’amigdala attraverso le sue proiezioni diffuse alle aree corticali può modulare l’attenzione, la percezione, la memoria e il processo decisionale. L’amigdala influenza i processi cognitivi anche attraverso le sue connessioni con i nuclei a funzione modulatoria dopaminergici, noradrenergici, serotoninergici, e colinergici che proiettano alla corteccia cerebrale (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Le informazioni neurali però possono essere elaborate sia consciamente che inconsciamente: molti aspetti del comportamento, specialmente quelli dei comportamenti emozionale e omeostatico, sono inconsi e istintivi. Essi sono mediati, con meccanismi che sono in larga parte di natura riflessa, da sistemi di regioni cerebrali sottocorticali implicata nell'assunzione di cibo e di liquidi, nella regolazione della temperatura corporea e nell'attività sessuale (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Come ha messo in evidenza per primo Sigmund Freud nel 1900, noi proviamo emozioni non solo coscientemente ma anche in maniera inconscia. Molti di questi stati emozionali, soprattutto quelli che comportano paura, dipendono dall'amigdala che fa parte del sistema limbico. Gli elementi consci delle emozioni, che noi chiamiamo sentimenti, si ritiene siano mediati da vie che raggiungono la corteccia cerebrale e che prendono origine dalla muscolatura del corpo e dagli organi interni, da una parte, e dall'amigdala, dall'altra. Al contrario, si pensa che gli stati emozionali inconsi dipendano da risposte del sistema nervoso autonomo, del sistema endocrino e del sistema scheletromotorio elaborate da strutture sottocorticali del sistema nervoso, e segnatamente da connessioni fra i nuclei dell'amigdala, dell'ipotalamo e del tronco dell'encefalo. Queste risposte inconsi sono in grado di preparare il corpo all'azione e sono un mezzo per comunicare gli stati emozionali interni ad altre persone (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Dalle ricerche condotte sulla neurobiologia delle emozioni sta emergendo il convincimento che una rappresentazione inconscia del nostro stato emozionale elaborata dall'amigdala sia in grado di produrre una
risposta somatica che spesso precede la nostra conoscenza consapevole, cioè il nostro sentimento, di uno stato emozionale (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Presumibilmente questo sentimento coinvolge la corteccia cerebrale, lo strato più superficiale del cervello. Quando lo stato funzionale della corteccia cerebrale viene temporaneamente alterato, come avviene nel corso delle convulsioni epillettiche, viene perso il senso delle emozioni e dei sentimenti e, comunemente, si ha anche perdita dello stato di coscienza. Le strutture corticali di un essere umano esposto a una minaccia non solo non si attivano, ma si spengono per permettere risposte rapide ed efficaci, mediate dal sistema limbico o dal cervello rettiliano. Al momento del trauma tale disconnessione delle strutture cerebrali evolutivamente più recenti che orchestrano le abilità di restare nel presente attribuendo un senso a ciò che accade, potendo al contempo contare (o richiedendo) sull’aiuto degli altri esseri umani, fa sì che l’individuo si assesti su una modalità di sopravvivenza, mettendo in gioco risposte di mobilizzazione, come quelle di attacco/fuga o di immobilizzazione. Queste ultime si distinguono in:

- Immobilità da allerta, congelamento associato a un alto coinvolgimento del sistema simpatico, probabilmente combinato con l’attivazione del sistema parasimpatico (si rintraccia un’evidente rigidità e tensione muscolare);
- Immobilità inerte: morte simulata, potenziata dal ramo dorsale parasimpatico del nervo vago;
- Sottomissione: evitamento passivo (tendenza ad abbassare lo sguardo, a flettere la schiena) che mira a interrompere le azioni aggressive (Missilin, 2003).

L’innescarsi di queste risposte provoca un mutamento dell’arousal fisiologico, che oscilla da situazioni di iper-arousal, nel caso dell'attacco/fuga, o di ipo-arousal, se ci si trova in stati di immobilità inerte o di sottomissione. L'individuo, che sviluppa un disturbo da stress post-traumatico, se esposto a stimoli (trigger) risollecitanti il ricordo dei fatti e le reazioni difensive messe in atto al momento dell'evento traumatico originario, è incline all'oscillazione tra momenti di iper e ipo-arousal e impossibilitato a restare all'interno di quella finestra di tolleranza emotiva che permette di conferire senso agli eventi, pensare, coinvolgersi in relazioni interpersonali, giocare, immaginare, progettare. Gli eventi traumatici, infatti, compromettono la connessione fra le strutture cerebrali e inficiano le capacità autoregolatorie del sistema nervoso sia centrale che autonomo (Lanius e Vermetten, 2012). Porges (2014) suggerisce che il substrato neurofisiologico di specifici
stati comportamentali e strategie d'azione possa incorporare l'attivazione di una sequenza di sistemi di risposta che rappresentano più di uno stadio filogenetico. L'attivazione emotiva ha un effetto propulsivo sulle strategie animali innescate in maniera istintiva e, quindi, difese di mobilizzazione amplificano gli stati emotivi, mentre quelle di immobilizzazione spengono il sentire. Questa emotività disregolata può divenire cronica, se ripetutamente suscitata da stimoli condizionati. Esistono delle differenze psicobiologiche tra «sentire troppo» (ad esempio, sintomatologia post-traumatica intrusiva) e «sentire troppo poco» (ad esempio, sintomi di evitamento, obnubilamento e distanziamento). In individui traumatizzati, tali differenze possono dar luogo a stati emotivi distinti, corrispondenti a parti di sé dissociate. Per dissociazione, in questo contesto, si intende un assetto di non aggregazione delle parti della personalità di un individuo, tanto che quest'ultima risulta così frazionata in due o più sistemi psicobiologici (Liotti & Farina, 2011). Secondo van der Hart, Nijenhuis e Steele (2006), questi sistemi sono, in genere, relativamente integrati l'uno con l'altro, mentre non lo sono nei pazienti traumatizzati. Le persone ricordano i traumi passati «rivivendo» gli eventi piuttosto che raccontandoli, proprio a causa di una «dissociazione peritraumatica», che ha disattivato l'attività corticale al momento dell'evento stesso, impedendone una reale elaborazione. Il rivivere gli eventi comporta, quindi, non solo una disregolazione dell'arousal, ma anche l'emergere di emozioni e di risposte di difesa, nonché l'affiorare di sintomi fisici, spesso privi di basi organiche (Liotti & Farina, 2011). I ricordi traumatici, quindi, rimangono tipicamente non integrati e inalterati dal trascorrere del tempo (van der Kolk & van der Hart, 1991). Il soggetto non riesce ad attribuire all’evento la categoria di memoria e rimane fissato a confrontarsi con una situazione difficile, cui non riesce a venire a capo, così da dover continuare a fare grossi sforzi di adattamento. Questo perché la memoria traumatica non è adattiva e, quindi, al contrario della memoria autobiografica, è di tipo riproduttivo e non ricostruttivo, non ha funzioni sociali né controllo volontario, non si amalgama con la storia del soggetto, incorre in distorsioni temporali e ha caratteristiche somatosensoriali e non narrative. Un organismo bloccato su una modalità di sopravvivenza, dunque “impiega tutte le sue energie per combattere nemici invisibili, il che non lascia spazio per il nutrimento, la cura, l'amore [...] Finché la mente si difende da attacchi inesistenti, i nostri legami più intimi sono minacciati, insieme alla capacità di
pianificare, di immaginare, di giocare, di apprendere e prestare attenzione ai bisogni delle altre persone” (Van der Kolk, 2014, pp. 46).

2.4. La trasmissione intergenerazionale

2.4.1. L’apprendimento vicario

precocemente un’altra delle numerose abilità che collocano i bambini nel mondo sociale sin dall’inizio della vita. In questo senso il sistema dei neuroni specchio può essere descritto come il correlato neurobiologico del sistema intersoggettivo dal momento che rappresenta la motivazione innata a entrare in contatto con gli altri e a condividere l’esperienza soggettiva. Infatti gli esseri umani sono creature sociali e l’azione rappresenta il primo mezzo per esprimere la loro inclinazione sociale. Nel caso della famiglia in cui è presente violenza domestica, l’individuo apprende inoltre quale significato sia opportuno attribuire alle azioni violente e, soprattutto, apprende che la violenza può “risolvere il problema” (Kerley, 2010) e che, dunque, nel caso di un conflitto, sia preferibile ad altre tipologie di comportamenti (Salerno & Sarrica, 2012). I bambini apprendono che la violenza è un modo appropriato per risolvere i conflitti, che essa è parte delle relazioni familiari, che chi mette in atto comportamenti violenti non sempre viene punito e che la violenza consente di controllare gli altri (Osofsky, 2003). La violenza verrebbe dunque appresa e incorporata divenendo modalità di vivere la relazione con l’altro (Cigoli & Gennari, 2008). Gli studi riportano inoltre che, in alcuni casi, l’apprendimento in queste famiglie riguarda la legittimità dell’atto violento, la sua efficacia o la sua validità come strategia di problem solving (Ehrensaft, et al., 2003). La teoria del “same sex modeling effect” sostiene che osservare i genitori del proprio sesso perpetrare violenza contro il partner ponga i figli in una situazione di più alto rischio di ripetere lo stesso tipo di violenza da adulti con il proprio partner (Moretti, Obsuth, Odgers, & Reebye, 2006). Alcuni autori (Markowitz, 2001) (Cigoli & Gennari, 2008) (Corvo, Dutton, & Chen, 2008) ribadiscono come non si possa parlare di una trasmissione di tipo meccanicistico del comportamento violento e si soffermano sugli elementi che possono mediare l’associazione tra violenza nella famiglia d’origine e violenza perpetrata nei rapporti intimi dai figli, evidenziando l’influenza di alcuni fattori individuali quali disturbi di personalità, attaccamento insicuro, disturbi cognitivo-affettivi, disturbo post-traumatico da stress, problemi di dipendenza da alcol e sostanze. Un ulteriore aspetto da sottolineare è il grave rischio di trasmissione di modelli relazionali disfunzionali che identificano i legami affettivi con quelli di sopraffazione, strutturando modalità aggressive e centrate sul controllo. Questa possibilità è connessa all’interiorizzazione di modelli disfunzionali che si concretizza nelle dinamiche dell’identificazione nell’uno o nell’altro genitore (Buccoliero & Soavi, 2018). Quasi sempre il bambino “sceglierà”di
schierarsi a favore di unodi essi, ma non si sain base a quali criterisi determini questo gioco di alleanze; l’osservazione empirica, tuttavia, porta ad osservare che spessosi indirizza verso il genitore omologo.

2.4.2. Le modifiche epigenetiche
Mentre in passato l’influenza dell’ambiente sui meccanismi genetici è stata sottovalutata, negli anni recenti la ricerca ha dimostrato che i meccanismi epigenetici, influenzati da diversi fattori inclusi gli aspetti ambientali, intervengono sull’espressione genica modulandone gli effetti. Per capire i meccanismi epigenetici è molto efficace la spiegazione di Waddington (1957) che descrive lo sviluppo di un individuo utilizzando la metafora della pallina che rotola all’interno di quello che lui chiama paesaggio epigenetico, una valle, dove sono le concavità del terreno a indirizzare la pallina in una particolare direzione. Nel caso di un percorso profondamente marcato nella valle, la perturbazione esterna è tale da impedire lo sviluppo tipico. Piccole differenze nel posizionamento in cima alla valle possono portare a risultati estremamente diversi durante il percorso. Quindi attraverso questa spiegazione è evidente che l’ambiente agisce su di noi in diversi modi, attraverso ciò che mangiamo, ciò che respiriamo e ciò che viviamo. Il luogo in cui abitiamo, i livelli di inquinamento, la qualità del cibo a nostra disposizione, ma anche le esperienze di vita, la qualità delle cure materne, la psicoterapia, il supporto sociale, le emozioni che proviamo, tutto questo è in grado di influenzare la nostra biologia, determinare ciò che siamo e indirizzare la nostra salute fisica e mentale. Più nel dettaglio per modifiche epigenetiche si intende la metilazione (modificazione dell’espressione) del DNA, dunque non si tratta di cambiamenti nella sequenza del DNA, bensì di cambiamenti dell’espressione dei geni che abbiamo a disposizione e è stato dimostrato che questi cambiamenti dell’epigenoma dovuti all’ambiente sono soggetti a trasmissione intergenerazionale, questo significa che possono essere trasmessi ai propri figli e alle generazioni successive (Bohacek, et al., 2013). Le esperienze di vita avverse predispongono dunque l’individuo ad una vulnerabilità e questa vulnerabilità viene trascritta nel nostro epigenoma. La letteratura ha ormai evidenziato come la presenza di traumi, abusi o maltrattamenti in età infantile creino modificazioni dell’espressione genica che vanno ad influenzare il nostro fenotipo (Perroud, et al., 2008). Studi sui gemelli omozigoti dimostrano come a partire da un genotipo identico l’ambiente sia in grado di plasmarci. Con l’avanzare dell’età infatti si possono ritrovare notevoli differenze
nelle coppie di gemelli più anziane e ciascun individuo si fa portatore di un’espressione
genica completamente unica (Fraga, et al., 2005). È oramai anche stato ampiamente
dimostrato che i disturbi psichiatrici hanno dei precisi correlati epigenetici (Xie, et al.,
intergenerazionale dell’ereditarietà epigenetica rispetto all’ereditarietà classica è che la
risposta di adattamento alle sfide ambientali può essere rapidamente acquisita e
tramandata attraverso le generazioni per preparare la nuova generazione a potenziali
esposizioni a sfide simili (Bohacek et al. 2013), ipotesi che viene confermata dai risultati
di vari studi (Bowers & Yehuda, 2016). Tuttavia questo può anche portare alla
trasmissione di risposte maladattive quando le condizioni ambientali non si rivelano così
consistenti e durature quanto una modifica epigenetica (Bohacek et al. 2013).
Capitolo 3
LA GESTIONE DEL PROBLEMA

3.1. Prospettiva emotiva

3.1.1. L’ascolto empatico

La presenza supportiva dell’altro è il primo fattore a lenire la gravità percepita del trauma, a tal proposito Peter A. Levine (2005) per ridefinire il trauma utilizza la seguente espressione: “non è quello che ci succede, ma quello che ci teniamo dentro quando non abbiamo un testimone empatico”. Secondo Luberti (2017) l’ascolto empatico del trauma relazionale subito dai bambini e dagli adolescenti è un passaggio fondamentale affinché possano riflettere sulle esperienze che hanno avuto e che influenzano il loro aspetto emotivo e relazionale, per rielaborare quei vissuti di angoscia, impotenza, rabbia che queste situazioni evocano. Avendo sperimentato un non ascolto, un senso di non valere, di non essere importanti il riconoscere e dare spazio e valore alle loro emozioni è di per sé un’esperienza riparatrica che consente di dare ordine alla loro confusione, permettendo anche l’apertura della dimensione della mentalizzazione (Fonagy & Target, 2003). Il compito dello psicoterapeuta è accompagnare anche nella fase di valutazione il bambino a comprendere che quello che ha provato è normale, che emozioni come la rabbia e la paura non sono distruttive (Lieberman & van Horn, 2007). Gli interventi di psicoterapia consentono la rielaborazione degli eventi traumatici che rischiano altrimenti di fissarsi in Modelli Operativi Interni che distorcono la percezione di sé stessi e della realtà. Dare uno spazio reale di ascolto permette alle giovani vittime di aprirsi, di raccontare e raccontarsi ed è stata riconosciuta da tempo come una modalità adeguata di accoglimento delle emozioni che essi esprimono. Il rispecchiamento con una figura adulta, diversa da quelle sperimentate, che accoglie e comprende riconoscendo il peso emotivo di quello che hanno vissuto senza negarlo e la rassicurazione che non sono soli (Mala – crea, 1998) fa parte del processo riparativo. Secondo Black (2005), le figure all’interno del percorso di sostegno, chiunque esse siano dovranno mantenere un atteggiamento privo di giudizi, consapevole delle particolari caratteristiche della violenza e delle sue conseguenze, tenendo in mente le risorse, intese come aspetti materiali e concreti di cui dispongono gli individui come ambiente sociale, abitativo, economico, rete parentale e amicale, ma anche dotazione
personale in termini di competenze cognitive, salute psico-fisica e della sua capacità di resilienza, intesa come capacità di adattamento, di flessibilità, resistenza allo stress, all’ansia e alle avversità, la manifestazione di un adattamento positivo nonostante condizioni esistentiali avverse. Lavorare sulla riparazione del legame con le figure genitoriali è un aspetto prioritario: per quanto riguarda i bambini sarebbe fondamentale la presenza di una figura responsiva nella vita prece, che favorisca lo sviluppo di un MOI sicuro delle relazioni e della capacità di recupero rispetto alle avversità (Fonagy, 2002), poiché l’adulto di riferimento che subisce le violenze non riesce ad avere buoni livelli di responsività emotionale e di attenzione; per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, in primis è importante lavorare su legame con il genitore maltrattato per favorire la comunicazione e la comprensione dell’esperienza traumatica e trovare modalità più adattive di condivisione. Spesso il minore e il genitore maltrattato non discutono fra loro dell’esperienza della violenza, rinforzandosi reciprocamente nei meccanismi di minimizzazione e negazione, per proteggersi da ricordi dolorosi. È fondamentale recuperare e rielaborare il rapporto con il genitore e ristabilire modalità relazionali che superino le distorsioni della relazione ridistribuendo correttamente i ruoli, aiutando il genitore a ritrovare la sua genitorialità e sollevando il minore dalle tante responsabilità che si era accollato (Black, 2005). Altrettanto importante, quando possibile, è lavorare sulla figura genitoriale maltrattante e su ciò che essa trasmette. Questo lavoro complesso previene la strutturazione di modelli relazionali violenti, ma è ostacolato dal fatto che, nella maggioranza dei casi, il genitore non accetta di lavorare su di sé, anzi attiva forti meccanismi di negazione (Buccoliero & Soavi, 2018). Per un figlio è importante la rielaborazione del rapporto con il maltrattante e questo è possibile solo a condizione che quest’ultimo riconosca le proprie responsabilità (Soavi, 2009).

3.1.2. La terapia EMDR
La psicoterapia EMDR (dall’inglese Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) è un approccio utilizzato per il trattamento del trauma e di problematiche legate allo stress, soprattutto allo stress traumatico. L’EMDR è una metodologia completa che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra per attivare, in modo alternato, i due emisferi cerebrali (Luberti, 2017). Nell’uomo, com’è noto, il cervello è costituito da due emisferi, simili, ma non identici, soprattutto da un punto di vista
funzionale (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). L'emisfero sinistro è verbale, analitico, simbolico, astratto, temporale, razionale, digitale, logico, lineare, specializzato nel controllo della mano dominante destra e nell'organizzazione della motilità volontaria. L'emisfero destro è non verbale, sintetico, concreto, analogico, atemporale, non razionale, olistico, specializzato nella cognizione spaziale e nella regolazione dell'emotività. Lo stile cognitivo dell'emisfero sinistro è sostanzialmente verbale, analitico e locale, mentre quello dell'emisfero destro è spaziale, sintetico e globale. Esistono asimmetrie comportamentali e specializzazioni emisferiche cerebrali in molte specie animali, con una tendenza dell'emisfero sinistro a controllare i comportamenti esplorativi per nuove acquisizioni cognitive e dell'emisfero destro a controllare i comportamenti a carattere emotivo (Luberti, 2017). Secondo questo modello, la corteccia frontale sinistra è coinvolta nella registrazione dei ricordi degli eventi, mentre la funzione della corteccia frontale destra è coinvolta nel richiamo di questi ricordi, tenendo desta l'attenzione sulla realtà interna ed esterna. La stimolazione alternata dei due emisferi cerebrali facilita la comunicazione tra le reti neurali dell'emisfero sinistro e quelle del destro, ripristinando, ove interrotta dal trauma, la sinergia tra i due emisferi cerebrali, entrambi necessari per l'elaborazione dei ricordi disfunzionali (Liotti & Farina, 2011). L'uno, il destro, è, infatti, in grado di rievocare e monitorare le disfunzioni emotive e il secondo, il sinistro, è responsabile della loro elaborazione cognitiva. Secondo Luberti (2017) quando una persona subisce un trauma l’informazione mnestica proveniente dal trauma rimane neurologicamente isolata, incapace di utilizzare le informazioni già presenti in memoria per un’integrazione adattiva: rimane immagazzinata nel cervello con le stesse emozioni, convinzioni, sensazioni fisiche che esistevano al momento dell’esperienza originaria. Il motivo di questo stato di isolamento delle informazioni traumatiche è dovuto all’eccesiva stimolazione dell’amigdala: il sistema di difesa resta attivo inibendo le funzioni mentali superiori che favoriscono l’integrazione degli schemi cognitivi con quelli emotionali. L’eccesso di eccitazione dell’amigdala, che il cervello non riesce a fronteggiare, interferisce con il funzionamento dei sottosistemi cerebrali (l’ippocampo, in particolare) deputati alla corretta valutazione, memorizzazione e riordino semantico dei dati provenienti dall’esperienza (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). I ricordi sono, quindi, immagazzinati in modo frammentato con emozioni e sensazioni disturbanti, mantenendo il cervello in uno stato di allarme. Le
informazioni derivanti dal trauma, con la loro carica emotiva disfunzionale, influiscono sulla percezione delle nuove esperienze, partecipando alla costruzione di schemi cognitivi che aggiungono disfunzionalità a quella già in atto. Il presente diventa patologicamente condizionato dalle passate esperienze di traumatiche e condiziona l’esperienza di eventi futuri (Liotti & Farina, 2011). I ricordi traumatici sono immagazzinati soprattutto nell'emisfero cerebrale destro come sensazioni corporee e frammenti emotivi, non opportunamente integrati nel sistema cervello, in particolare scollegati dall’emisfero sinistro, in cui ha sede (nel lobo temporale) il centro funzionale del linguaggio (Area di Broca) (Kandel, Schwartz, Jessel, Siegelbaum, & Hudspeth, 2013). Questo spiega perché la psicoterapia quando basata esclusivamente sulla parola, abbia limiti nel risolvere i traumi, soprattutto quelli precoci, le cui memorie sono a scarso o nessun contenuto cognitivo, prevalentemente di natura emotiva e corporea. Riassumendo, quando un’esperienza traumatica non è integrata attraverso i canali fisiologici della processazione mnestic, il ricordo rimane nel cervello nello stato originale, in forma criptica, pronto a riemergere con il suo malessere se sollecitato da stimoli che, per la loro somiglianza a elementi costitutivi del trauma, fungono da trigger (innesco) (Luberti, 2017). Secondo Luberti (2017), dopo una o più sedute di EMDR, i ricordi disturbanti legati all’evento traumatico hanno una desensibilizzazione, perdono la loro carica emotiva negativa. Il cambiamento è molto rapido, indipendentemente dagli anni che sono passati dall’evento. L’immagine cambia nei contenuti e nel modo in cui si presenta, i pensieri intrusivi in genere si attutiscono o spariscano, diventando più adattivi dal punto di vista terapeutico e le emozioni e sensazioni fisiche si riducono di intensità. L’elaborazione dell’esperienza traumatica che avviene con l’EMDR permette al paziente, attraverso la desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva che avviene, di cambiare prospettiva, cambiando le valutazioni cognitive su di sé, incorporando emozioni adeguate alla situazione oltre ad eliminare le reazioni fisiche. Dopo l’EMDR il paziente ricorda l’evento ma il contenuto è totalmente integrato in una prospettiva più adattiva. Sempre secondo Luberti (2017), l’esperienza è usata in modo costruttivo dall’individuo ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo. Nel senso che il paziente realizza le connessioni di associazioni appropriate, quello che è utile è appreso ed immagazzinato con l’emozione corrispondente ed è disponibile per l’uso futuro. L'EMDR introduce un nuovo modo di vedere la patologia focalizzandosi su un'informazione immagazzinata in
modo non funzionale. La nuova terapia non si focalizza tanto sui sintomi (solo all'inizio utilizzati per risalire agli eventi di cui sono effetto e a cui sono affettivamente associati), bensì sui residui mnestici dell'evento. Consente di rivivere al paziente il trauma, nella sicurezza del setting terapeutico: nelle prime fasi del protocollo la psicoterapia EMDR ha, infatti, come obiettivo proprio la messa in sicurezza e la stabilizzazione del paziente, raggiungibile con opportune tecniche. L’esposizione, solo iniziale, all'immagine peggiore del target è, quindi, parte di un protocollo messo a punto sulla base dell’esperienza consolidata di centinaia di casi. Questo è in grado di provocare un processo elaborativo di desensibilizzazione ed elaborazione, nella massima sicurezza, che esita nella conservazione del ricordo reso inerte, non più in grado di suscitare emozioni e sensazioni corporee disregolanti, ristrutturato cognitivamente, portatore di nuovi significati e risorse (Luberti, 2017). L’EMDR è un metodo per il trattamento del trauma che agisce a livello neurofisiologico, basato sulla stimolazione emisferica alternata dei due emisferi cerebrali, mentre il paziente si focalizza sugli elementi dell'esperienza traumatica. L'inizio dell'elaborazione è segnalato dalla diminuzione delle sensazioni disfunzionali legate al ricordo, sostituite dalla comparsa di espressioni verbali, di comportamenti, di emozioni e di sensazioni corporee che indicano uno stato del cervello e del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) nuovamente fisiologico. Quando il ricordo traumatico è completamente rielaborato, anche le percezioni della realtà cambiano: prima gli eventi del presente erano potenziali suggeritori d’inneschi, che riattivavano i malesseri provocati dall’evento traumatico (trigger), ora, finalmente, essi cominciano a essere percepiti come coerenti alla loro realtà. Il cambiamento di prospettiva cognitiva dell'evento doloroso è segnalato dalla possibilità di farne una narrativa serena, priva di emozioni e sensazioni corporee disturbanti (Luberti, 2017). Dal punto di vista clinico e diagnostico, dopo un trattamento con EMDR il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress, quindi non si riscontrano più gli aspetti di intrusività dei pensieri e ricordi, i comportamenti di evitamento e l’iperarousal neurovegetativo nei confronti di stimoli legati all’evento, percepiti come pericolo. Un altro cambiamento significativo è dato dal fatto che il paziente discrimina meglio i pericoli reali da quelli immaginari condizionati dall’ansia. Si sente che veramente il ricordo dell’esperienza traumatica fa parte del passato e quindi viene vissuta in modo distaccato. I pazienti in
genere riferiscono che, ripensando all’evento, lo vedono come un “ricordo lontano”, non più disturbante o pregnante dal punto di vista emotivo (Luberti, 2017).

3.2. Prospettiva giudiziaria e dei servizi
Sempre da segnalare, a livello nazionale, sono le decisioni volte ad inserire i centri antiviolenza nella programmazione dell’intervento pubblico in ambito sociale, o ancora gli interventi specifici per la formazione delle forze dell’ordine e dei servizi socio-sanitari sulla violenza domestica e assistita (Buccoliero & Soavi, 2018). Secondo Buccoliero (2018), l’obiettivo delle linee guida è quello di costruire una collaborazione sul terreno tra i Comuni, in particolare i relativi servizi sociali, ed i centri antiviolenza, dando particolare importanza nell’ambito di questa alleanza al fenomeno della violenza assistita, per gli aspetti della crescita di queste giovanissime e innocenti vittime, i loro possibili problemi di carattere legale e di relazione con il genitore violento, dalla custodia, al diritto di visita. Negli ultimi anni è stato sempre più spesso preso in carico da parte di strutture adeguate lo stesso maltrattante, in Italia questa volta con considerevole ritardo: questa tipologia di intervento è importante sia per un tentativo di recupero dell’individuo che ha sbagliato, così anche da evitare recidive, che per comprendere pienamente le ragioni del fenomeno e cercare di evitarlo in altri casi futuri. Più attenti su questo versante del problema e rapidi nell’impegnarsi ad affrontarlo sono arrivati, già negli anni Ottanta gli Stati Uniti, con alcune sperimentazioni, ed alcuni paesi europei, in particolare in Norvegia nel 1987 viene avviato, in stretta collaborazione con le associazioni femministe, il programma Alternativa alla violenza ATV (Alternative To Violence), un intervento che si pone non come semplice prosecuzione di quanto già si stava realizzando negli Stati Uniti, ma come ricerca di un’impostazione più capace di cogliere la specificità della cultura norvegese (Soavi, 2018). Su questo aspetto in Italia, a parte alcuni, ridottissimi gruppi di “autocoscienza maschile” negli anni ottanta e novanta, si è cominciato ad agire a livello significativo solo nel terzo millennio, sulla base delle esperienze degli altri Paesi e sulla spinta della società civile: la violenza domestica non viene più ridotta ad una semplice riproposizione della gerarchia patriarcale e la relativa “cultura”, iniziano esperienze in ambito pubblico come il CIPM, Centro per la promozione della mediazione, a Milano, che si occupa degli offensor sia nei percorsi carcerari che fuori e di centri privati: il primo centro italiano, cui ne stanno seguendo molti altri, è il CAM, centro di ascolto degli uomini maltrattanti, di Firenze, che dal 2009 si occupa della presa in carico di uomini maltrattanti (Buccoliero, 2018). Un’altra associazione nazionale "Maschile Plurale", costituita a Roma nel maggio del 2007, si focalizza sui maltrattanti, con un incremento di iniziative, compresa l’istituzione di centri specifici, sia in ambito pubblico
che privato. Interessante a questo proposito una ricerca lanciata dal Ministero delle Pari opportunità (Bozzoli, 2012). Malgrado tutti questi recenti progressi, in Italia non esiste però ancora una normativa specifica che faccia esplicito riferimento, in generale, alla violenza sui minori nelle sue diverse forme, ma questa viene solo considerata come un’aggravante per alcuni reati come nei casi di violenza domestica (Soavi, 2018). Come è stato più volte richiesto da diverse associazioni come Save the Children, CISMAI e la Rete Antiviolenza Di.Re che hanno più volte sottolineato questa necessità, sia in pubblicazioni che in vari contesti istituzionali allo scopo di difendere efficacemente e offrire tutela ai bambini e ad agli adolescenti vittime di violenza assistita è necessario che la legge ne riconosca la condizione di vittime, com’è scritto chiaramente anche nel Terzo Rapporto CRC, Gruppo di Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza nel 2007: a questo scopo è importante e urgente introdurre esplicitamente nella legislazione italiana il reato di violenza assistita (Soavi, 2018). Nel 2015 questo è ribadito in altra forma dall’Autorità Garante dell’Infanzia e dell’Adolescenza, nel documento “Prendersi cura dei bambini e degli adolescenti”, dove si legge che «una prima azione concreta potrebbe essere una modifica al codice penale che inserisca fra i reati di maltrattamento contro i minorenni anche la violenza assistita quando essa sia reiterata e si verifichi nei confronti di figure di attaccamento significative per il minorenne, come del resto già indicato in alcune pronunce della Corte di Cassazione» (Cfr. Cassazione penale, sez. VI, sentenza 29.01.2015 n. 4332). Avere una normativa che preveda delle sanzioni per questi reati non è certo sufficiente ad evitarli in futuro, ma equiparerebbe finalmente di fronte alla legge, con significativa influenza sulla pubblica opinione, la violenza fisica e l’abuso sessuale, reati già riconosciuti, ai traumi indotti nei minorenni testimoni di violenza, che pure non l’abbiano subita direttamente (Buccoliero, 2018). Il fatto che non esista ora un profilo giuridico specifico per la violenza assistita induce ad una sottovalutazione dei danni arrecati al minore, in tutte le sue drammatiche implicazioni, nei processi civili, dove l’interesse del minore diventa spesso invisibile, così come i diritti delle vittime dirette di violenza. Quando si decide dell’affidamento dei figli e dei loro rapporti con i genitori in via di separazione, non c’è spesso una sufficiente sensibilità per gli episodi di violenza domestica vissuti dai minorenni ed alla relativa documentazione (Buccoliero, 2018). Tutto questo è rilevato dalla Autorità Garante nel documento già citato in precedenza, dove si tratta della
tendenza, di magistratura ed anche dei Servizi, in sede di separazione conflittuale, a comprendere le differenze delle implicazioni della conflittualità di coppia e della violenza assistita, il che induce la scelta di soluzioni che non sempre tutelano primariamente l'interesse dei minori. Per fare un esempio, in diverse sentenze, anche se ci sono stati episodi di violenza fisica e/o psicologica, presupponendo una parità di diritti delle parti, esclusa peraltro dall'art. 48 della Convenzione di Istanbul, si determina di intraprendere un percorso di mediazione familiare. Ancora, non dando la dovuta importanza alle sofferenze che la violenza assistita induce sui minori, si stabilisce il diritto di visita del partner violento, trascurandone le implicazioni psicologiche e le opinioni a riguardo dei figli. Prevale in questi casi “il diritto” del genitore maltrattante sul reale desiderio del figlio di rivedere il genitore, incontri che possono creare grave turbamento soprattutto nelle prime fasi della fase di protezione del minore. Sarebbe prioritario e da anteporre l’interesse della vittima di violenza assistita al principio della bigenitorialità (Zorza, 2005). Passando al versante operativo, bisogna purtroppo registrare, sia pure in un contesto di crescente attenzione al fenomeno, ancora una debole iniziativa concreta: molti minori vittime di violenza assistita non vengono presi in carico, per una sottovalutazione dell’impatto psicologico che questi traumi possono averne sull’evoluzione di queste giovani vite. Non sufficientemente o adeguatamente formati, gli stessi operatori non comprendono appieno il fenomeno ed hanno difficoltà per un intervento efficace (Buccoliero, 2018). È quindi fondamentale programmare per gli operatori una formazione specifica sulla violenza assistita, che punti ad evidenziarne i suoi variegati aspetti in tutta la loro complessità, suggerendo gli opportuni interventi di sostegno del minore. Questo è stato più volte raccomandato dall'OMS, l'Organizzazione Mondiale della Sanità: gli operatori dell'area socio-sanitaria non solo devono essere sensibilizzati a tale drammatico problema, ma formati sulla modalità con cui essere di aiuto a chi ha subito questi traumi. Per le azioni di intervento poi sono essenziali delle linee guida specifiche del 2017 del CISMAI senza le quali si rischia di arrecare ulteriori danni alle vittime (Buccoliero, 2018). Un completo e valido supporto alle vittime di violenza assistita può provenire solo da una rete che le tuteli, che comprenda attori diversi, dalla scuola ai servizi socio-sanitari, con risorse quali case rifugio e con l’importante collaborazione delle forze dell’ordine e della magistratura, così da intercettare il disagio, proteggere le vittime da ulteriori violenze attraverso misure opportune. Un aiuto attento deve venire anche da personaggi
esterni alla famiglia, come insegnanti o conoscenti, a cui talvolta il minore sfoga la sua sofferenza: costoro possono, se sensibilizzati, attivare la rete di protezione di cui sopra perché intervenga rapidamente. Esistono inoltre strumenti standardizzati (Buccoliero & Soavi, 2018), come quelli del Centro Studi Vittime SARA e SARA PLUS, che pure esistono in Italia, anche se non sufficientemente diffusi, indispensabili per una reale valutazione del rischio e delle sue probabilità degli esiti peggiori: l’efficienza o meno di questo tipo di valutazioni, la rapidità con cui vengono fatte, può essere ragione di vita o di morte per le potenziali vittime. La rapidità dell’intervento successiva ad una corretta analisi del rischio, individuata la situazione di violenza e la relativa pericolosità, è importantissima, così come il sostegno competente a favore del minore. Altre componenti dell’intervento che avrebbero in Italia notevoli spazi di miglioramento sono i percorsi di analisi dei danni subiti, sia a carattere medico che psicologico, sia da parte del genitore maltrattato che dai minori ed il monitoraggio a medio e lungo termine. Fuori dell’emergenza, è evidentemente indispensabile un lavoro psicologico sul trauma subito dai minori. Questo intervento va finanziato, organizzato e strutturato dalla mano pubblica: alla rete dei servizi socio-sanitari spetta attivare la protezione, indicare alla magistratura i problemi rilevati e coordinare gli interventi, sia a favore delle vittime adulte, che dei loro figli, agendo quindi sia sul versante dei servizi che si occupano di tutela all'infanzia, che su quelli che sono impegnati sul fronte della violenza al genitore vittima, così dal coordinarne le azioni. La violenza domestica e la violenza assistita vanno affrontate insieme e con urgenza, come indicato dal CISMAI (2005), nei quadri di sintesi programmatica di diversi congressi, in cui si ribadisce chiaramente che sia la violenza domestica sul partner che la violenza assistita hanno una terribile influenza sulla psiche di un minore. “Le due questioni non possono essere scisse: i programmi nazionali e regionali di contrasto alla violenza alle donne devono essere integrati a quelli a protezione dei bambini e coordinarsi in maniera integrata». Inoltre, le strategie con cui si combatte la violenza domestica sono necessariamente correlate «a un lavoro di prevenzione che deve coinvolgere la società nel suo complesso, anche rispetto ai fattori culturali e alle componenti psicologiche ed emotive che sono a tutt'oggi riproduttori di violenza» (Pedrocco Biancardi, 2005). In Italia purtroppo questo aspetto è poco curato, malgrado i molti stimoli da parte delle Organizzazioni internazionali perché a livello nazionale venga condotta un'azione coordinata contro ogni tipo di maltrattamento dell'infanzia, ivi
compresa la violenza assistita. Va anche segnalato però che, a livello di diverse Regioni o di enti locali, ci sono progetti specifici validi, in ambito scolastico, che promuovono l'educazione al rispetto fra i generi, e nei percorsi nascita per educare a una genitorialità partecipata e positiva. L'OMS poneva molto l’accento sulla prevenzione del maltrattamento sui minori già dal 2006, stimolando ad un approccio sistemico interdisciplinare, con interventi su più fronti, con gli obiettivi di:

- Prevenzione primaria, prevenire la violenza contro i minori

- Prevenzione secondaria, rilevare le potenziali situazioni di violenza e intervenire prima che avvengano

- Prevenzione terziaria, fornire assistenza continuativa alle vittime e alle famiglie in cui si sono verificati i maltrattamenti, anche al fine della prevenzione

Nel 2013 l'OMS, in un suo rapporto europeo, affermava ancora con forza che era giunta l’ora di focalizzarsi sulla prevenzione, con gli strumenti di salute pubblica, dove se ne rilevasse la necessità (Buccoliero & Soavi, 2018). L’OMS ribadiva che al centro delle politiche sociali andava messa la prevenzione, con un impegno importante di coordinamento fra i settori, come indicato e auspicato nei documenti di “Health 2020”. Anche la politica europea per la salute, nel suo nuovo modello approvato nel 2012 dai 53 Paesi della Regione Europea dell'OMS, con obiettivo il miglioramento della salute per tutti i cittadini, individua quattro ambiti prioritari di azione strategica, indirizzando gli investimenti e l'azione verso approcci integrati per la promozione della salute e del benessere attraverso la prevenzione, questo anche al fine di combattere la violenza domestica e quella assistita. In Italia si è in ritardo anche nel recepire queste indicazioni: non esiste ancora un piano nazionale sulla lotta contro la violenza all'infanzia, da integrare con quello sulla violenza domestica, che finalmente è stato messo a punto. Il Piano nazionale contro la violenza di genere e lo stalking. Elaborato dal Dipartimento per le Pari Opportunità, affronta in modo organico il problema del contrasto alla violenza e del supporto delle vittime (Buccoliero & Soavi, 2018).

Nel 2017 è stata presentata una proposta di legge, "Disposizioni per la prevenzione del maltrattamento dei bambini e degli adolescenti", che prevede i passaggi fondamentali di una reale e completa azione preventiva del maltrattamento, dal monitoraggio continuativo
del fenomeno, alla creazione di centri specializzati a livello provinciale, ad azioni di prevenzione a livello scolastico (Soavi, 2018). La proposta prevede la concentrazione delle tutele in un unico organismo centrale, il che è fondamentale per superare la frantumazione delle competenze tra i vari Ministeri che oggi rende impossibile un’azione coerente ed unitaria. Bisogna però che il progetto “abbia gambe”, cioè che venga adeguatamente finanziato dai diversi ministeri, dalle Regioni e dagli enti locali, così da rendere effettiva la rete dei servizi (operatori socio-sanitari, magistratura, forze dell'ordine), imponendo anche regole finalizzate al rispetto degli standard e delle opportune linee guida ed all’armonizzazione degli interventi dei diversi enti (Buccoliero & Soavi, 2018).

3.3. La prevenzione

Prevenire una qualsiasi tipologia di maltrattamento emotivo è sempre un impegno delicato e difficile da realizzare, lo è per numerosi motivi, primo di fra tutti l’incalzare dei casi emergenti che riducono costantemente alle équipe i tempi per la progettazione, la programmazione, il confronto, la spinta a sperimentare. I servizi per la tutela dell’infanzia si trovano, così, avviluppati in un circolo vizioso che impedisce di guardare oltre l’emergenza. Purtroppo spesso manca nei servizi il tempo per approfondire e valutare con la dovuta riflessione i casi di maltrattamento emotivo, quelli che, come si sa, non presentando immediatamente segnali fisici evidenti, devono essere desunti dai comportamenti delle vittime, da loro eventuali racconti non sempre chiari e quindi travisabili come poco significativi, e sono facilmente esposti al rischio di sfuggire alla rilevazione. Da questo punto di vista un elemento importante è costituito dalla rete (Borsari, 2017). “La presenza di una rete che funziona sul territorio è in grado di non far sentire da soli neppure i professionisti che affrontano questa difficile problematica all’interno del servizio”. I comportamenti disfunzionali dei bambini portatori di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) sono spesso diagnostici come borderline, oppure opposti, istrionici, ansiosi o depressi… Definizioni che portano lontano dalla radice traumatica dei loro disturbi, classificati spesso dai familiari con sbrigative definizioni moralistiche: troppo vivaci, disattenti, pigri, prepotenti, viziati. Salvo poi esitare in età adulta, in disturbi dissociativi di varia entità (Yule, 1999) (Van der Kolk B. , 2014) (Van der Hart, 2006) (Lanius, R.A., 2012). Se questi equivoci si verificano per i più diversi tipi di maltrattamento emotivo, nella violenza assistita le cose si complicano ulteriormente.
perché i medici, gli insegnanti, molto spesso gli stessi psicologi non possono immaginare che quei due genitori vivano di fatto e facciano vivere al figlio esperienze terrorizzanti di violenza inaudita che provocano i disturbi per i quali chiedono aiuto. Invece proprio i gesti violenti, le minacce inquietanti, le percosse e le squalifiche pesanti che si svolgono tra loro hanno per il minore un impatto violentissimo, perché avvengono non tra soggetti estranei o marginali, ma tra le due persone che hanno su di lui potere esclusivo, con i quali vive quotidianamente e dai quali dipende la sua vita e il tutto della sua vita. Bisogna aiutare le vittime a comprendere che subire in silenzio senza chiedere aiuto non fa bene, anzi danneggia i figli ed è anche fondamentale una presa in carico terapeutica perché sia vittima che figli sono portatori di PTSD. La violenza domestica danneggia i rapporti familiari, le relazioni genitoriali e filiali, come tutte le esperienze traumatiche lascia ferite difficilmente sanabili e cicatrici vistose che, se non curate quanto prima possibile, possono riattivarsi anche dopo lungo tempo, innescando il terribile circolo vizioso del comportamento aggressivo di generazione in generazione all’interno delle famiglie: il ciclo della violenza (Black, 2005)
Bibliografia


Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente. Milano: FrancoAngeli.


Herman, J. (s.d.). Trauma and Recovery. The aftermath of violence– From domestic abuse to political terror. 1997: Basic Books.


