

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA**

Dipartimento di Lettere, Arti, Storia e Società

Corso di laurea triennale in

**SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

**UN MALTRATTAMENTO DIMENTICATO.**

**LA VIOLENZA ASSISTITA INTRAFAMILIARE**

A forgotten maltreatment. Witnessing Interparental Violence

***Relatrice:***

Professoressa Paola Corsano

***Candidata:***

Giulia Ghiaroni

***Correlatrice:***

Professoressa Ada Cigala

Anno Accademico  
2013/2014

*A Matteo, per il resto del viaggio.*

*Ai miei genitori e a mio fratello,  
con amore, ammirazione  
e gratitudine.*

## Indice

<b>Introduzione</b>	1
<b>Capitolo 1: Forme di violenza all'interno della famiglia</b>	3
1.1 Il maltrattamento durante l'infanzia	3
1.2 La violenza domestica	6
1.3 La violenza assistita intrafamiliare	8
1.3.1 Caratteristiche della violenza assistita intrafamiliare	9
1.3.2 Indicatori	10
1.3.3 Emersione del fenomeno in Italia	11
1.3.4 Dati sul fenomeno	12
<b>Capitolo 2: Conseguenze psicologiche sul minore vittima di violenza assistita</b>	13
2.1 Conseguenze a breve termine	13
2.2 Conseguenze a lungo termine	15
2.2.1 Disturbo post-traumatico da stress	15
2.2.2 Depressione	17
2.2.3 Disturbi dissociativi	17
2.2.4 Somatizzazione e capacità empatiche	19
2.2.5 Disordini alimentari	19
2.2.6 Dipendenze	21
2.2.7 Attaccamento	21
2.2.8 Trasmissione intergenerazionale della violenza	22
2.3 La resilienza	25
<b>Capitolo 3: La violenza assistita da maltrattamenti sulle madri e sui fratelli</b>	27
3.1 La violenza assistita da minori sulle madri: un danno alla genitorialità	27
3.2 Effetti della violenza assistita sul legame di attaccamento madre-bambino	28
3.2.1 Teoria dell'attaccamento	28
3.2.2 Attaccamento insicuro disorganizzato	30
3.3 La violenza assistita nei confronti dei fratelli	33
3.3.1 Reazioni possibili delle vittime di violenza assistita sui fratelli	35

<b>Capitolo 4: Percorsi d'intervento possibili sui minori vittime di violenza assistita intrafamiliare</b>	37
4.1 Fasi di intervento	37
4.1.1 La rilevazione	37
4.1.2 La protezione	38
4.1.3 La valutazione	39
4.1.4 Il trattamento	40
4.2 Percorsi di riparazione nelle vittime di violenza assistita sulle madri	40
4.2.1 Terapia individuale	41
4.2.2 Interventi di gruppo	42
4.3 Intervento rivolto alla diade madre-bambino	44
<b>Conclusioni</b>	49
<b>Bibliografia</b>	51
<b>Ringraziamenti</b>	59

## Introduzione

*“Dicono che gli orchi non esistono più  
invece gli orchi esistono ancora.  
Il mio papà di giorno è un avvocato  
e di notte un orco.”  
(Per voce sola, Susanna Tamaro)*

I maltrattamenti e gli abusi dell'infanzia sono, nella maggior parte dei casi, perpetrati all'interno della famiglia. Tali esperienze assumono, per le piccole vittime, caratteristiche che vanno oltre la normale capacità di resilienza e di adattamento di un bambino. Ne derivano conseguenze fortemente lesive sul piano fisico, psicologico e dell'identità personale del minore e sofferenze devastanti, che si manifestano nel breve periodo, ma che possono trascinarsi nel tempo, fino all'età adulta, dando origine a disturbi e patologie gravi (Depalmas, Cilio, 2012).

La violenza sui minori produce effetti negativi, non solo quando è direttamente perpetrata su di essi, ma anche quando i bambini ne diventano involontari testimoni, come nel caso della violenza assistita intrafamiliare.

Per *violenza assistita intrafamiliare* si intende *“l’esperire da parte del/della bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Si include l’assistere a violenze messe in atto da minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti direttamente (quando essi avvengono nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore ne è a conoscenza), e/o percependone gli effetti”* (CISMAI, 2005).

La famiglia è il primo contesto sociale in cui il bambino si trova ad agire, all'interno del quale dovrebbe acquisire tutti gli elementi per poter soddisfare in modo sufficientemente sicuro le prime fasi dello sviluppo, dove poter trovare protezione da un mondo esterno sconosciuto e una guida per affrontare le difficoltà e i momenti di crisi, che caratterizzano il ciclo vitale (Telleri, 1996).

Essa dovrebbe, quindi, rappresentare un luogo sicuro, di crescita e di amore, in cui ogni persona che la costituisce possa trovare protezione e accoglienza.

Molto spesso, però, proprio all'interno delle mura domestiche si consumano i drammi e le violenze peggiori, sia per le donne sia per i loro bambini, costretti ad assistere o ad essere le principali vittime di maltrattamenti.

Qui di seguito verranno illustrati, in modo dettagliato, i capitoli elaborati.

Nel *primo capitolo* viene definito il concetto di “maltrattamento”, ponendo particolare attenzione alle caratteristiche delle diverse forme attraverso cui esso può manifestarsi (abuso

sessuale, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico e trascuratezza). Si passa poi a definire il complesso fenomeno della violenza domestica, attraverso l'analisi delle varie fasi che costituiscono la "Teoria del ciclo della violenza", elaborata da Lenore Walker, sottolineando come esso comprenda ogni forma di violenza fisica, psicologica, sessuale od economica da parte di un partner nei confronti dell'altro.

Segue la descrizione del fenomeno denominato "violenza assistita intrafamiliare" e l'analisi delle caratteristiche e degli indicatori, attraverso cui riconoscere tale forma di maltrattamento psicologico. Inoltre, si pone l'attenzione sull'emersione, in Italia, del fenomeno, il quale è stato riconosciuto socialmente grazie all'importante lavoro delle associazioni femminili, dei Centri Antiviolenza e dei servizi specializzati alla cura e alla tutela di minori abusati e maltrattati, e sui dati a disposizione.

Nel *secondo capitolo* si descrivono le conseguenze psicologiche, sia a breve sia a lungo termine, che colpiscono i minori che assistono a violenza domestica. Vengono mostrate le aree di sviluppo del minore che risentono dell'esposizione prolungata al maltrattamento psicologico, e le strategie messe in atto dai bambini per sopravvivervi. Viene evidenziato come tale fenomeno possa essere un fattore di rischio per la trasmissione intergenerazionale della violenza e possa portare le vittime, durante l'adolescenza, a mettere in atto comportamenti delinquenti o disadattivi. Infine, si analizzano i principali effetti negativi a lungo termine della violenza assistita da minore, quali disturbo post-traumatico da stress, depressione, disturbi dissociativi, somatizzazione, disordini alimentari, dipendenze, attaccamento insicuro, trasmissione intergenerazionale della violenza, e una delle principali capacità che permette al bambino di resistere all'esperienza traumatica della violenza intrafamiliare, la resilienza.

Nel *terzo capitolo* viene descritto il fenomeno della violenza assistita da maltrattamento sulle madri, attraverso l'analisi del danno alla genitorialità che ne deriva e degli effetti negativi sul legame di attaccamento madre-bambino. Inoltre, vengono messi in luce il fenomeno, ancora poco noto, della violenza assistita sui fratelli, la quale può avere conseguenze più gravi e destabilizzanti di quella perpetrata sulle madri, e le possibili reazioni che le vittime rivolgono ai fratelli maltrattati.

Infine, nel *quarto capitolo*, vengono descritte le varie fasi di intervento (rilevazione, protezione, valutazione, trattamento), che caratterizzano i percorsi di riparazione e protezione, rivolti alle vittime di violenza assistita.

In particolare, si fa riferimento a percorsi di intervento specifici per il minore, quali la terapia individuale e la terapia di gruppo, e a interventi rivolti alla diade madre-bambino, che permette la ricostruzione di un legame di attaccamento solido e sicuro.

## 1. Forme di violenza all'interno della famiglia

### 1.1 Il maltrattamento durante l'infanzia

Nel corso degli anni, molti studiosi hanno cercato di dare una spiegazione e una definizione chiara e completa del termine "maltrattamento".

Una delle prime definizioni di tale fenomeno risale al IV° Colloquio Criminologico di Strasburgo del Consiglio di Europa del 1981, secondo il quale il maltrattamento consiste in *"quell'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea e al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono: la trascuratezza, e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino"* ( Di Blasio, 2000, p.13).

Successivamente, si è ritenuto necessario, per dare una definizione esauriente di maltrattamento, considerare la sostanziale differenza tra la cultura dei paesi occidentali, la cui attenzione è rivolta soprattutto alle forme di violenza intrafamiliare, e di quelli culturalmente in via di sviluppo, dove l'attenzione è posta, in particolare, alle manifestazioni di abuso e di violenza extrafamiliare.

Una visione più ampia del fenomeno ha permesso alla Convenzione dei diritti dei minori, grazie al contributo di enti quali l'UNICEF ( United Nations Children's Fund), l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), l'UNESCO (United Educational, Scientific and Cultural Organization) e la Croce Rossa, di riferirsi alla violenza ai danni dell'infanzia come al *"danno o abuso fisico o mentale, trascuratezza o trattamento negligente, al maltrattamento, alle diverse forme di sfruttamento e abuso sessuale intese come induzione e coercizione di un bambino/a in attività sessuale illegale, lo sfruttamento della prostituzione o in altre pratiche sessualmente illegali, lo sfruttamento in spettacoli e materiali pornografici, torture o ad altre forme di trattamento o punizione crudeli, inumane o degradanti, allo sfruttamento economico e al coinvolgimento in lavori rischiosi"* ( Di Blasio, 2000, p.14).

Tale definizione è stata approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU e ratificata anche dall'Italia nel 1991.

La definizione più recente e completa della violenza ai danni dell'infanzia è quella fornita, nel 1999, dal *Consultation on Child Abuse and Prevention* del WHO (*World*

*Health Organization* ), che include sia le forme di violenza intrafamiliare sia quelle extrafamiliari: “*per abuso all’infanzia e maltrattamento devono intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell’ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere*” (Di Blasio, Rossi, 2004, p.9)

La violenza perpetrata durante l’infanzia viene suddivisa, nel 1991, dal *Child Protection Register*, in quattro grandi categorie prevalenti: abuso sessuale, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, trascuratezza (Di Blasio, Rossi, 2004).

Nel dettaglio,

- per *abuso sessuale* si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali che presuppongono sempre la violenza, lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente dipendente e/o immaturo sul piano dello sviluppo, la prostituzione infantile e la pornografia. Le manifestazioni dell’abuso sessuale possono essere molteplici: atti di libidine occasionali (carezze, esibizionismo, ecc...), atti di libidine reiterati, violenza sessuale assistita, induzione alla visione di materiale pornografico, rapporti sessuali (genitali, anali, orali), avvio alla prostituzione, utilizzo del bambino per la produzione di materiale pornografico;
- per *maltrattamento fisico* si intende la presenza di un danno fisico o il fallimento nel prevenirlo dovuto ad aggressioni fisiche, maltrattamenti, punizioni corporali o gravi attentati all’integrità fisica e alla vita, quali avvelenamenti intenzionali, soffocamento, *sindrome di Munchausen per procura*<sup>1</sup>, omicidio o danni determinati da ostilità tra gruppi e da pratiche rituali;
- per *maltrattamento psicologico* si intende una relazione emotiva inappropriata e dannosa, caratterizzata da pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali, quali l’intelligenza, l’attenzione, la percezione, la memoria. Il maltrattamento psicologico viene espresso attraverso

---

<sup>1</sup> *Sindrome di Munchausen per procura*: forma di abuso nella quale il genitore sottopone il proprio figlio a continue visite mediche, accertamenti e cure inopportune per sintomi o malattie da lui inventati o indotti (Depalmas, Cilio, 2012).

varie forme: critiche, ironia, sarcasmo, disprezzo e angherie ripetute e continue, modalità verbali fortemente svalutanti e sadiche, coinvolgimento del bambino in conflitti e ideazioni patologiche. Un'altra grave forma di maltrattamento psicologico è costituita dall'esposizione alla violenza domestica e alla grave conflittualità della coppia genitoriale (violenza assistita intrafamiliare);

- per *trascuratezza* si intende la grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del bambino, il fallimento nel proteggerlo dall'esposizione a qualsiasi genere di pericolo, incluso il freddo e la fame, o gli insuccessi in alcune importanti aree dell'allevamento, che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per sviluppo durante la crescita, in assenza di cause organiche. Si possono, inoltre, includere in questa forma di maltrattamento infantile le discriminazioni o la trascuratezza selettiva di tipo sociale e culturale, dovuta all'appartenenza a specifici gruppi minoritari. Le manifestazioni della lieve o grave trascuratezza sono: scarsa cura o gravi carenze nel vestiario, nella pulizia, nell'alimentazione e nella sorveglianza, denutrizione, carente o assente assistenza medico-sanitaria, abbandono o elusione dell'obbligo scolastico. (Di Blasio, Rossi, 2004; Siddi, Rollo, 2008).

Tali forme di maltrattamento difficilmente si presentano singolarmente: nella maggior parte dei casi, infatti, in seguito all'osservazione del bambino vengono rilevate più forme contemporaneamente. Si può quindi parlare di caratteristiche multiformi dei maltrattamenti.

A tal proposito, è stata introdotta la nozione di *Esperienze Sfavorevoli Infantili* (ESI), con la quale si sottolinea l'insieme di situazioni negative vissute dal bambino, siano esse di carattere cronico o meno, che comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia subite sia in maniera diretta (abuso sessuale, maltrattamento fisico e/o psicologico e trascuratezza), sia in maniera indiretta, quelle cioè che contribuiscono a rendere l'ambiente familiare non sicuro e inadatto ad un corretto sviluppo del bambino. Esempi di ESI indirette sono l'alcolismo, le tossicodipendenze, le malattie psichiatriche e gli episodi di violenza assistita (Felitti et al., 2001).

La violenza assistita intrafamiliare viene, infatti, definita come l'esposizione intenzionale del minore ad atti di violenza fisica, psicologica, sessuale o trascuratezza,

compiuti su figure di riferimento per lui significative (Malacrea, 1998; Malacrea, Lorenzini, 2002).

## 1.2 La Violenza Domestica

La violenza domestica, detta anche *Intimate Partner Violence* (IPV), comprende “ogni forma di violenza fisica, psicologica, sessuale od economica e riguarda sia soggetti che hanno avuto o si propongono di avere una relazione intima di coppia, sia soggetti che all’interno di un nucleo familiare più o meno allargato hanno relazioni di carattere parentale o affettivo” (WHO, 1996, citato da Segantini & Cigalotti, 2013).

In particolare, con questo termine ci si riferisce alla violenza del partner (marito, convivente, fidanzato) o ex partner nei confronti della donna; può, però, riguardare anche padri, suoceri, fratelli, zii, figli.

La violenza domestica può essere di tipo orizzontale, ovvero perpetrata da parte di uomini nei confronti delle donne, ma può riguardare anche la violenza di tipo verticale, ovvero esercitata dagli adulti nei confronti dei minori. Essa comprende diversi tipi di violenza, quali violenza fisica, sessuale, psicologica, economica e assistita.

La psicologa americana Lenore Walker<sup>2</sup> ha elaborato la “Teoria del ciclo della violenza”, la quale è costituita da 3 fasi principali, che tendono a ripresentarsi, appunto, ciclicamente:

- I fase: *crescita o accumulo della tensione*. Questa fase è caratterizzata dalla volontà dell’uomo di sminuire ed insultare la donna, garantendo a se stesso il controllo della situazione. Si possono verificare episodi di micro-conflittualità, come aggressioni psicologiche, cambi repentini e inaspettati dello stato d’animo, maltrattamento verbale, atteggiamenti di controllo. La donna cerca di prevenire le violenze, soffocando i propri bisogni e le proprie paure, e di non reagire, concentrando la propria attenzione sull’uomo. Il maltrattante, di fronte all’apparente accettazione passiva della donna, si convince che la violenza sia una forma efficace per ottenere ciò che desidera.
- II fase: *esplosione*. L’uomo perde il controllo di sé e si verifica l’episodio violento, il quale può essere di tipo fisico, sessuale o psicologico. In genere, la violenza è graduale e dura da 2 a 24 ore. In questa fase la vittima può

---

<sup>2</sup> Walker, L.E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.

subire i danni maggiori, che possono arrivare a causarne la morte. La donna è pervasa da un senso di impotenza e da una forte paura di morire; in molti casi, però riesce a mettere in atto strategie di difesa, come chiamare la Polizia, andare al Pronto Soccorso o scappare.

- III fase: *riconciliazione o luna di miele*. Il maltrattante si pente, chiede scusa, promettendo che un episodio di tale gravità non accadrà più. Vuol farsi perdonare non tanto per l'episodio violento, che per lui è giustificato dal comportamento "inadeguato" della donna, ma per aver ecceduto. In questa fase, il maltrattante può anche minacciare il suicidio. La vittima si trova in difficoltà emotiva ad interrompere la relazione, in quanto ritiene di essere l'unica in grado di poterlo aiutare a cambiare. Di conseguenza, accoglie il partner e le sue richieste d'aiuto, poiché rivede la persona che all'inizio aveva amato. L'aggressore, generalmente, nega le proprie responsabilità e attribuisce la colpa dei suoi atti violenti a fattori esterni (comportamenti provocatori della donna, stress, lavoro, alcool, difficoltà personali). La fase della luna di miele è quella che tiene legate le donne al maltrattante, in quanto si sentono in colpa, pensano di aver esagerato nell'interpretare la violenza e le minacce del partner, sminuendo l'accaduto. Le vittime decidono, quindi, di rimanere col maltrattante e di rendersi disponibili, credendo ad una reale "redenzione del partner". Le "scuse" si rivelano, però, manipolatorie e finalizzate a mantenere lo status quo a vantaggio dell'uomo, e inducono quest'ultimo a non ritenersi più responsabile dei fatti e a non chiedere aiuto esterno.

Difficilmente la calma dura molto: infatti, passato lo spavento, dalla riconciliazione si ritorna rapidamente alla fase dell'accumulo di tensione e si innesca nuovamente il ciclo della violenza. Ad ogni ripetizione e col passare del tempo, gli episodi di violenza diventano più intensi e pericolosi per la donna, la fase della luna di miele si riduce, mentre le prime due diventano più frequenti e di più grave intensità. Solo dopo vari episodi, la donna giunge alla consapevolezza di non poter né controllare, né cambiare il partner, e decide di riprendere in mano la propria vita e di riacquistare la propria autonomia.

La violenza domestica è la forma più diffusa di violazione dei diritti umani e influenza in modo significativo la salute degli individui che la subiscono e di coloro che li circondano. Tale fenomeno assume i contorni di un gioco di potere, nel quale l'abusante utilizza sistematicamente la violenza per assumere e mantenere il potere e il controllo sulla relazione e sulla vittima (Segantini, Cigalotti, 2013).

Il maltrattamento familiare, che si protrae per lungo tempo, porta la donna ad isolamento, mancanza di risorse personali su più livelli e produce un senso di impotenza, che compromette anche la capacità genitoriale di accudimento e di protezione dei propri figli. E', perciò, fondamentale prendere in considerazione il forte impatto che tale violenza può avere sui minori che vi assistono.

### **1.3 La Violenza Assistita Intrafamiliare**

La *violenza assistita intrafamiliare*, o *witnessing interparental violence*, è un tipo di maltrattamento psicologico, di cui i minori sono quotidianamente vittime passive e spettatori inconsapevoli. La violenza che si svolge sotto i loro occhi può essere fisica, sessuale, psicologica e verbale e può essere agita contro uno o più componenti della famiglia; generalmente le vittime sono la madre e i fratelli.

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

Non solo vedere la violenza ha un impatto doloroso, confondente e spaventoso per i bambini, ma lo è anche sapere o solo sospettare che determinate cose avvengano, constatarne gli effetti e venire a contatto o a conoscenza delle conseguenze fisiche del maltrattamento familiare su figure di riferimento significative. Doloroso, confondente e

pauroso è anche percepire la tristezza, la disperazione, l'angoscia, il terrore e lo stato di allerta delle vittime (Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005).

Migliaia di bambini assistono in casa a scene di violenza domestica: questa è una delle esperienze più traumatiche che un bambino possa provare, in quanto esiste la possibilità di perdere uno o entrambi i genitori e di essere a propria volta vittime di abusi e maltrattamenti (De Zulueta, 1999).

### **1.3.1 Caratteristiche della violenza assistita intrafamiliare**

Molti autori, osservando i danni che ne conseguono, hanno inserito la violenza assistita all'interno del maltrattamento psicologico.

In particolare, Di Blasio (2000) ha definito il maltrattamento psicologico come “ *la reiterazione di pattern comportamentali o modelli relazionali che convogliano sul bambino l'idea che valga poco, non sia amato, non sia desiderato, la presenza di biasimo protratto, di isolamento forzato, di disparità, di preferenze verso i fratelli e di minacce verbali; e ancora consentire che il bambino assista alla violenza e ai conflitti tra i genitori o sia spettatore di aggressioni fisiche di un genitore nei confronti dell'altro o dei fratelli*”.

A sua volta, Monteleone (1999) ha descritto tra le categorie di abuso psicologico su minore: ignorare il bambino e venire meno al compito di fornire stimoli necessari, risposte affettive e conferma della sua dignità, all'interno della normale routine familiare; isolare e impedire al bambino un normale contatto umano; aggredirlo verbalmente; opprimerlo con pressioni a crescere in fretta, ad appropriarsi troppo presto di abilità in campo scolastico, fisico/motorio e degli scambi interpersonali (adultizzazione); danneggiarlo, incoraggiando comportamenti distruttivi e antisociali; terrorizzare il bambino; creare un clima di paura, ostilità e ansia, impedendo al bambino di fare propri sentimenti di sicurezza e protezione.

La violenza assistita è, inoltre, caratterizzata dall'insieme di minacce di abbandono, di violenze, di suicidio che il bambino subisce di frequente da un genitore durante l'episodio di violenza (Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005).

Tali definizioni indicano come la violenza assistita riguardi non solo ciò che il bambino vede in maniera diretta, ma anche ciò che sperimenta e percepisce in maniera

indiretta, avvertendo l'esistenza di un pericolo reale per sé e per le sue figure di riferimento, quali madre e fratelli.

### **1.3.2 Indicatori**

La rilevazione degli indicatori, che possono caratterizzare i diversi casi di violenza assistita da minori, permette di valutare il rischio e la pericolosità effettivi di tali episodi.

Tra gli indicatori possiamo, quindi, trovare:

- quelli relativi alla tipologia, alle dinamiche e alle caratteristiche degli atti di violenza verbale, fisica, psicologica, economica e sessuale, che si riferiscono al periodo di insorgenza del maltrattamento (Monteleone, 1999);
- quelli relativi alla presenza di fattori di rischio nel contesto familiare, sociale ed economico;
- quelli che sono riconducibili agli aspetti comportamentali, psicologici e sociali relativi allo stato psico-fisico del maltrattante, della vittima maltrattata e dei minori vittime di violenza assistita;
- quelli che riguardano i fattori protettivi individuali, sociali, familiari e le risorse che vengono messe in atto per rafforzare la protezione del minore e per sostenerlo nel processo riparativo delle conseguenze dannose prodotte dalla violenza assistita;
- quelli relativi alle aree di sviluppo (legame di attaccamento, comportamento, apprendimento scolastico, abilità cognitive, problem solving, adattamento, competenze sociali);
- infine, quelli che si riferiscono alla sintomatologia del minore, quali depressione, inquietudine, aggressività, immaturità, ipermaturità, colpa, ansia, bassa autostima, disturbi del comportamento alimentare, alterazione del ritmo sonno/veglia, crudeltà verso gli animali, crudeltà verso i pari, incubi ed enuresi notturna, comportamenti autolesivi, difficoltà motorie, uso di sostanze alcoliche e stupefacenti, disturbi gastro-intestinali, allergie, cefalee e disturbi del tratto respiratorio.

### 1.3.3 Emersione del fenomeno in Italia

In Italia il fenomeno della violenza assistita intrafamiliare è stato riconosciuto socialmente solo alla fine del ventesimo secolo, grazie all'importante lavoro delle associazioni femminili, dei Centri Antiviolenza, che ospitano donne maltrattate e i loro figli in case rifugio ad indirizzo segreto, e dei servizi specializzati per la tutela e la cura dei bambini maltrattati e abusati.

Attraverso l'osservazione di casi di violenza assistita da minori, gli operatori specializzati, che lavorano in tali associazioni e centri antiviolenza, hanno potuto constatare che questo tipo di maltrattamento, soprattutto se reiterato nel tempo, produce gravi danni, sia a breve che a lungo termine.

L'esigenza di approfondire tale tema ha portato, nel 1993, alla costituzione del Cismai, un'associazione a cui aderiscono più di 60 centri e servizi pubblici e del privato sociale, impegnati nella cura e nella protezione del minore e della sua famiglia.

Verso la fine degli anni '90, l'UONPIA (*Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile*) dell'ospedale Bambin Gesù di Roma ha realizzato il "Progetto Girasole", il quale ha permesso di effettuare una diagnosi su 112 minori tra i 2 e i 17 anni, vittime di violenza assistita. Nel 31% dei casi sono stati i genitori stessi a rivolgersi al servizio per sintomatologie presentate dal figlio, senza, però, collegarle alla violenza domestica in atto; solo il 7% dei bambini è stato inviato al servizio per una valutazione specifica legata alla violenza assistita (Montecchi, Bufacchi & Viola, 2002).

Dal 1999, le operatrici dei centri antiviolenza per donne e minori maltrattati e abusati e dei servizi per la tutela e la cura di bambini e bambine, aderenti al Cismai, hanno dato inizio ad un percorso di confronto e approfondimento sul tema della violenza assistita da minori. In particolare, nel 2001, una delle sessioni del secondo Congresso Cismai "*Infanzia violata: quale protezione?*", tenutosi a Rende, è stata dedicata a tale fenomeno.

Successivamente, due importanti eventi hanno portato al riconoscimento, prima, e alla definizione, poi, della violenza assistita da minori all'interno della famiglia: il primo si riferisce al III Congresso Nazionale del Coordinamento, tenutosi a Firenze nel 2003 e dedicato al tema "Bambini che assistono alla violenza domestica"; il secondo è rappresentato dalla stesura del "*Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*", approvato nel 2005 e nel quale

vengono specificati i requisiti minimi e le varie fasi di intervento da realizzare a favore delle vittime di violenza assistita (Depalmas, Cilio, 2012).

#### **1.3.4 Dati sul fenomeno**

I dati a disposizione sulla violenza assistita sono relativamente pochi; mancano, infatti, ricerche specifiche sul fenomeno, che forniscano elementi utili per affrontarlo. Ad oggi, le ricerche pubblicate si riferiscono in modo esclusivo ai maltrattamenti in ambito domestico e alla violenza di genere; quindi solo indirettamente si possono raccogliere dati e informazioni sulla violenza assistita.

Tuttavia, lo Studio delle Nazioni Unite sulla Violenza nei confronti di bambini e adolescenti, del 2005, fornisce alcuni dati significativi sulla violenza assistita, inquadrandola come importante aspetto del maltrattamento sui minori. Tale studio indica che in tutto il mondo, ogni anno, un numero di minori compreso tra 133 e 275 milioni assiste ad episodi di violenza domestica.

In Italia, un'indagine telefonica, denominata "La violenza e maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia", è stata condotta dall'Istat, nel 2006, per conto del Dipartimento delle Pari Opportunità, riferendosi ad un campione di 25.000 donne tra i 16 e i 70 anni.

Dalla ricerca è emerso che il 18,8% delle donne ha subito violenza di tipo fisico, il 23,7% ha subito violenza sessuale, il 33,7% è stata vittima di violenza psicologica e il 18,8% ha subito stalking.

Per quanto riguarda il fenomeno della violenza assistita, nel 7,9% dei casi le donne avevano assistito, da piccole, a violenze in ambito familiare; di queste, ben il 58,5% sono state, a loro volta, vittime di violenza in età adulta, contro il 29,6% di quelle che non avevano subito maltrattamenti, durante l'infanzia.

Tra le donne che hanno subito violenza da parte del partner, il 61,4% era in presenza dei proprio figli. Nel 15,9% dei casi, invece, le donne hanno dichiarato il rischio di un coinvolgimento diretto dei figli nella violenza fisica subita dalla madri (Frisanco, 2011).

I risultati evidenziano come quello della violenza assistita sia un fenomeno non denunciato e come le vittime siano costrette al silenzio; infatti, nel 42% dei casi non vi è mai stata denuncia della violenza subita e solo il 2% delle donne si è rivolta ad un centro antiviolenza o ad un'altra associazione (Istat, 2007).

## **2. Conseguenze psicologiche sul minore vittima di violenza assistita**

L'esposizione ripetuta dei bambini alla violenza e ai numerosi conflitti che avvengono all'interno delle mura domestiche tra i genitori può danneggiare gravemente il benessere psicologico e fisico dei minori, lo sviluppo individuale e relazionale e la capacità di interagire socialmente durante l'infanzia e la maturità.

In particolare, le conseguenze del maltrattamento psicologico riguardano: l'area dello sviluppo fisico, ovvero difficoltà nella crescita, disturbi del linguaggio, ritardi nello sviluppo, difficoltà nel controllo dell'attività fisiologica e disturbi dell'alimentazione; l'area riguardante l'attaccamento (lo stile di attaccamento che si va a creare è di tipo insicuro); l'area dell'adattamento e delle competenze sociali, ossia instabilità emotionale, bassi livelli di autostima e mancanza di fiducia nel prossimo; l'area delle competenze comportamentali, come comportamenti impulsivi, tendenze depressive o suicidarie, disturbi del sonno e dell'alimentazione, inibizioni, paure e fobie; l'area delle capacità cognitive e di problem solving, quali incompetenza e difficoltà nell'apprendimento, un basso rendimento scolastico e difficoltà nella risoluzione dei problemi (Di Blasio, 2000).

La violenza assistita è, inoltre, un importante fattore di rischio per violenze future e per altre forme di maltrattamento dirette sul bambino, quali maltrattamento fisico, psicologico e sessuale: le piccole vittime, infatti, imparano che l'uso della violenza nelle relazioni affettive è normale e che l'espressione di pensieri, sentimenti, emozioni, opinioni è pericolosa, in quanto può scatenare la violenza; esse possono essere anche incoraggiate o costrette con la forza ad insultare, denigrare, controllare, spiare e picchiare la madre e i fratelli.

Ci troviamo di fronte ad un fenomeno di ampia portata, che comporta conseguenze dannose, a breve e a lungo termine, nello sviluppo psichico del bambino e dell'adulto.

### **2.1 Conseguenze a breve termine**

Il dramma vissuto dal bambino, che assiste alla violenza all'interno della famiglia, lascia segni indelebili e produce effetti psicologici gravi, quali tristezza, ansia, delusione, rabbia, paura. Tutte emozioni che permangono nella vita del bambino: dietro un'apparente felicità, è sempre presente nel minore *“la reazione spropositata di paura,*

[...] *la paura di sentire strillare, del rumore della penna che cade, [...], il piacere scomparso di stare con gli altri [...]*” (Rosselletti, 2010, pag. 16).

I bambini, che assistono a episodi di violenza, possono mostrare senso di colpa per il fatto di sentirsi “privilegiati”, quando non vittimizzati direttamente, rispetto ai familiari che subiscono percosse e minacce; contemporaneamente, i minori possono percepirsi come responsabili di tale violenza, perché “bambini cattivi”, e di conseguenza sentirsi impotenti e incapaci di comprendere e modificare il contesto in cui vivono.

Di Blasio (2000), parlando di violenza domestica e di conflitti coniugali, sottolinea il fatto che l’attribuzione della causa degli eventi a fattori interni a sé, stabili e duraturi, da parte del bambino, costituisce l’insieme di condizioni più negative e che l’esperienza di impotenza ripetuta riduce, fino ad annullare, le risorse e le capacità di coping (saper affrontare le situazioni problematiche), inducendo forti sentimenti di fallimento.

Talvolta, i bambini possono sviluppare comportamenti adultizzati di accudimento verso uno o più membri del nucleo familiare, adottando diverse strategie, quali andare a controllare chi suona alla porta, rispondere al telefono, filtrare le chiamate e i contatti con il maltrattante, difendere la madre o i fratelli dalle percosse, col rischio di riportare loro stessi danni fisici<sup>3</sup>.

I bambini in età scolare possono, inoltre, essere terrorizzati all’idea di uscire di casa, in quanto, in loro assenza, la madre potrebbe venire picchiata. Ciò determina problemi anche a livello scolastico, quali assenteismo e problemi di comportamento nei confronti dei pari (Jaffe et al., 1990).

Nella maggior parte dei casi, però, il bambino tende a diventare compiacente verso l’uno o l’altro genitore e a prenderne le parti; nel fare ciò è costretto a dire bugie. Accade frequentemente che i minori considerino responsabile delle tensioni familiari la figura materna e si sentano legittimanti, dal maltrattante, a denigrarla e a svalutarla.

In adolescenza aumentano i comportamenti devianti e delinquenziali, quali fughe da casa, bullismo, violenza nei rapporti sessuali, e i sintomi depressivi, che possono portare a tentativi di suicidio.

Nelle situazioni di separazione, soprattutto i figli adolescenti mettono in atto comportamenti violenti e aggressivi nei confronti di madre e fratelli, come a voler sostituire il padre nel controllo e nei tentativi di coercizione. Ciò a causa

---

<sup>3</sup> Drei N. (2008). *La violenza assistita: un maltrattamento “dimenticato” –Dati epidemiologici ed analisi del contesto*. Disponibile in [http:// www.pergialtri.it](http://www.pergialtri.it).

dell'apprendimento di modelli relazionali distorti e dallo sviluppo di disturbi a livello emotivo e comportamentale (Drei, 2008).

La rabbia provata dai minori nei confronti di chi dovrebbe proteggerli ed essere un punto di riferimento può trasformarsi in odio e disprezzo, sia verso chi compie gli atti di violenza sia verso chi avrebbe il compito e il dovere genitoriale di sottrarli alla violenza. Il minore, di conseguenza, si sente impotente e tradito.

Quasi tutti i disturbi psichiatrici infantili hanno origine in famiglie caratterizzate da violenza domestica cronica. Questi bambini soffrono di un senso di autostima molto basso ed hanno capacità empatiche ridotte e capacità intellettive danneggiate, in quanto alti livelli di situazioni stressanti e di violenza durante l'infanzia danneggiano lo sviluppo neuro-cognitivo dei bambini (Milinterni, 2009).

Crescere in condizioni di disagio psicologico, quindi, interferisce anche sullo sviluppo fisico, educativo ed intellettuale del bambino.

## **2.2 Conseguenze a lungo termine**

### **2.2.1 Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)**

Il disturbo post-traumatico da stress viene classificato, nel DSM-IV<sup>4</sup>, come un disturbo che si manifesta in un soggetto in seguito all'esposizione ad uno stress molto intenso e forte, derivante da eventi che hanno implicato minacce di morte o morte stessa, minacce all'integrità fisica propria o di altri, gravi lesioni, aggressioni violente, abusi. Tale disturbo causa un disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento scolastico, sociale, relazionale e di altre aree importanti e la sua durata è superiore ad un mese.

In particolare, i sintomi tipici del PTSD sono: disturbi dell'autocontrollo (difficoltà nella regolazione delle emozioni); bassa autostima e aspettative di rifiuto e abbandono; difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno; difficoltà di concentrazione; ipervigilanza; disturbi dell'umore (ansia, depressione, rabbia, etc...); evitamento; amnesia parziale; depersonalizzazione (senso di estraneità verso il proprio vissuto) e derealizzazione (senso di distacco dal mondo esterno); esagerate risposte di allarme; irritabilità o scoppi di collera; sogni ricorrenti; isolamento sociale; paure generalizzate;

---

<sup>4</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Ed. 1994

perdita o cambiamento del sistema di credenze; somatizzazioni (Gargiullo e Damiani, 2010).

Il bambino vittima di violenza assistita può essere sottoposto a questo tipo di stress e, di conseguenza, provare sentimenti di paura intensa, di impotenza e di orrore, oppure può sviluppare, nel tempo, un comportamento agitato e disorganizzato, mettendo in atto i temi e gli aspetti dell'evento traumatico nei giochi ripetitivi.

Egli, inoltre, può rivivere il trauma sottoforma di incubi notturni o ricordi disturbanti durante il giorno, oppure attraverso immagini intrusive o flashback, perdendo il contatto con la realtà e credendo che l'evento traumatico stia accadendo di nuovo.

In alcuni casi, nella vittima si verifica la perdita di memoria dell'evento traumatico a cui ha assistito, come meccanismo di difesa per contrastare il ricordo spiacevole (Depalmas, Cilio, 2012).

Nel trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress in bambini piccoli si predilige l'uso di giocattoli, burattini e materiali per disegnare o dipingere.

E' stato dimostrato che, durante la fase acuta di tale disturbo, il trattamento più efficace con i bambini è quello della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che può essere praticata sia individualmente sia in sedute di gruppo.

I bambini tendono ad evitare i ricordi traumatici, associati ad episodi di violenza, in modo da ridurre lo stato d'ansia che ne deriva. Tale comportamento risulta essere adattivo nell'immediato, ma comporta gravi danni psicologici, nel lungo periodo. Secondo la Cbt, l'esposizione graduale ad immagini traumatiche, mediante la tecnica del rilassamento o l'uso di farmaci ansiolitici, può aiutare il bambino a comprendere che i ricordi, i pensieri, le riflessioni legati all'episodio violento non possono recargli danno e che, quindi, non è necessario evitarli (Black, 2005).

Recentemente, è stata sviluppata una tecnica terapeutica molto efficace, chiamata *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), che viene utilizzata da medici, psicologi e psicoterapeuti con una formazione specifica. Questo tipo di trattamento richiede che il bambino si focalizzi su tre aspetti principali del trauma: egli deve rievocare l'immagine visiva della parte più disturbante dell'evento traumatico; poi deve identificare i pensieri negativi che lo riguardano in relazione a tale episodio; infine, deve individuare la collocazione degli effetti disturbanti sul proprio corpo. Il bambino

deve avere coscienza di ciò che avviene e deve avere la capacità di gestire la propria angoscia, così da impedire un incremento delle difese patologiche (Wilson et al., 1995)

Solo in presenza di tali condizioni, il terapeuta può indurre, attraverso lo spostamento del dito, movimenti oculari veloci nel bambino, interagendo con lui su quanto, nel frattempo, sente.

In seguito all'uso di tale tecnica, è stata dimostrata una diminuzione dell'impatto emozionale dei ricordi traumatici (Black, 2005).

### **2.2.2 Depressione**

La depressione è una delle conseguenze più frequenti dei maltrattamenti e abusi subiti durante l'infanzia, tra cui l'assistere a violenza domestica; essa può influenzare il sistema immunitario, la regolazione dei ritmi sonno-veglia e può incrementare il rischio di problemi cardiaci ( Malacrea, Lorenzini, 2002; Tamiazzo, 2006; Pedrocco Biancardi, Talevi, 2010).

Gli studi condotti da Johnson et al. (2002) hanno, infatti, dimostrato che la violenza assistita è un grande fattore di rischio per l'insorgenza di sintomi ansiogeni e di stati depressivi ( Luberti, 2006).

Il gruppo di lavoro di Bifulco e Moran (2007) ha studiato i legami intergenerazionali tra l'esperienza dell'abuso infantile e la depressione in età adulta: dai risultati ottenuti nella ricerca si evince che il 27% del campione, costituito da donne abusate psicologicamente, ha avuto una qualche forma di depressione, contro il 13% di quelle che non avevano subito alcun tipo di abuso.

Si è dimostrata, inoltre, un'elevata correlazione tra forme di autolesionismo e abuso psicologico: considerando il medesimo campione, il 53% delle donne che hanno subito abusi psicologici ha messo in atto comportamenti autolesionistici, rispetto al 20% dei soggetti che non sono state vittime di tale maltrattamento (Depalmas, Cilio, 2012).

### **2.2.3 Disturbi dissociativi**

I soggetti che assistono alla violenza, nell'affrontare una situazione indesiderata o spiacevole, possono riportare disturbi dissociativi (Di Blasio, 2000).

La dissociazione è, infatti, un meccanismo di difesa che viene messo in atto per attenuare la sofferenza derivate da un evento traumatico e terrificante (quale per esempio

la violenza assistita), attraverso l'alterazione delle normali funzioni della coscienza, della memoria, della percezione dell'ambiente circostante, dell'identità (Luberti, 2006).

I disturbi dissociativi possono riguardare la depersonalizzazione, la quale si manifesta come una forma reattiva allo stress e che comporta la sensazione di osservarsi da lontano o di sentirsi come un osservatore estraneo dei propri processi mentali e del proprio corpo: l'esperienza che si vive è simile all'atmosfera di un sogno, in cui il corpo sembra intorpidito o privo di vita.

I bambini vittime di violenza assistita tendono, quindi, a utilizzare questa forma di difesa, dissociandosi dalla realtà e creando un "mondo" non reale, nel quale rifugiarsi e sentirsi al sicuro (Depalmas, Cilio, 2012).

Da un lato, la dissociazione è un meccanismo di difesa adattivo, in quanto consente a chi assiste ad episodi traumatici di violenza di sopravvivere, estraniandosi dalla realtà; dall'altro, invece, può portare le vittime a sviluppare patologie riguardanti l'area psicotica.

Il bambino affetto da tale sintomatologia viene definito come appartenente ad una "famiglia psicotica"<sup>5</sup>, la quale è caratterizzata da una comunicazione disfunzionale in cui è presente un doppio legame.

Il concetto di "doppio legame", definito da Bateson<sup>6</sup>, indica quelle situazioni in cui la comunicazione tra due individui, legati da una relazione emotivamente significativa, presenti un'incongruenza tra il livello del discorso esplicito (verbale) e il livello di metacomunicazione non verbale, come gesti e atteggiamenti.

Di conseguenza, colui che riceve il messaggio non è in grado di far emergere l'incongruenza e di decidere quale dei due livelli di comunicazione accettare come valido; viene così a trovarsi in una condizione di doppio legame, in quanto ogni sua interpretazione risulterebbe scorretta (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1971).

Il bambino che cresce in un contesto di questo tipo apprende una modalità di comunicazione disfunzionale, che comporta un senso di sfiducia in se stesso e nelle sue percezioni, difficoltà a gestire i rapporti affettivi e, in casi estremi, alla patologia psicotica (Luberti, 2006).

---

<sup>5</sup> Selvini Palazzoni, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina.

<sup>6</sup> Bateson, G. (1955). *How the deviant see his society*. Conferenza tenuta al Congresso sul tema *The epidemiology of mental health*, Brighton, Utah.

#### **2.2.4 Somatizzazione e capacità empatiche**

Generalmente, le vittime di violenza psicologica, a causa degli episodi violenti e distruttivi a cui sono state costrette ad assistere, provano una forte ansia, che lascia un segno profondo nella psiche, ma che si ripercuote anche sul corpo, attraverso le somatizzazioni.

Le somatizzazioni più frequenti riguardano solitamente *“l'apparato gastro-intestinale e addominale (nausea, vomito, mal di stomaco, difficoltà nell'alimentazione, etc...) e le infezioni del tratto respiratorio (asma, allergie,...). Le cefalee, i tremori, i disturbi del sonno sono invece associati ad enuresi notturne e a frequenti incubi”* (Humphreys, Campbell, 2004, citato da Depalmas, Cilio, 2012, p. 79).

Inoltre, è stato dimostrato che la repressione delle proprie emozioni può causare malattie psicosomatiche, come asma bronchiale, ulcera e ipertensione (Rollo & Cilio, 2010).

Il minore che assiste alla violenza può manifestare una ridotta competenza empatica, ovvero un'incapacità a riconoscere e ad esprimere le proprie emozioni e quelle degli altri. Di conseguenza, l'individuo, data l'impossibilità di esprimere verbalmente ciò che prova e vive, utilizza come mezzo di espressione il corpo, somatizzando le emozioni.

A partire dagli studi di Sifneos (1973), attraverso l'osservazione di casi clinici, è stato messo in evidenza il concetto di “alessitimia”, col quale si indica letteralmente la “mancanza di parole per le emozioni” (Depalmas, Cilio, 2012).

Le caratteristiche che contraddistinguono gli alessitimici sono: difficoltà ad identificare e descrivere le emozioni; espressione somatica delle emozioni; difficoltà a distinguere tra stati emotivi soggettivi e componenti somatiche; stile di pensiero orientato verso la realtà esterna; limitata capacità immaginativa.

#### **2.2.5 Disordini alimentari**

L'esposizione prolungata alla violenza all'interno della famiglia è, inoltre, associata a disturbi del comportamento alimentare (Mazzeo & Espelage, 2002; Mitchell & Mazzeo, 2005; Neumark-Sztainer et al., 2000).

Ambienti familiari avversi, caratterizzati da vittimizzazione diretta, ostacolano nei soggetti coinvolti lo sviluppo di strategie adattive per la regolazione delle emozioni, le quali possono influenzare la comparsa di disordini alimentari. Tali disordini vengono,

infatti, considerati come forme disadattive della regolazione delle emozioni (Thompson & Wonderlich, 2004).

In particolare, donne con una diagnosi di disordine del comportamento alimentare evitano situazioni con alto carico affettivo e gestiscono con più difficoltà le emozioni rispetto a donne che non hanno ricevuto questo tipo di diagnosi (Corstorphine, Mountford, Tomlinson, Walzer, & Meyer, 2007).

Nella ricerca denominata *Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of eating disorders among both young men and women*, condotta da Sonya S. Brady<sup>7</sup> (2008) si è ipotizzato che, sia la vittimizzazione diretta da parte di uno o più membri della famiglia sia la violenza assistita intrafamiliare, siano entrambe associate a sintomi di disordini alimentari e che ciò si verifichi indipendentemente dalla differenza di genere.

Lo studio ha utilizzato un campione formato da 319 studenti, tra i 18 e i 20 anni (il 56% costituito da maschi), i quali, dopo aver sottoscritto il consenso informato, hanno compilato il *Community Experiences Questionnaire* (Schwartz & Proctor, 2000). Il test è stato preventivamente adattato per misurare l'esposizione alla vittimizzazione diretta della violenza familiare (11 items) e alla violenza assistita (14 items). I partecipanti dovevano indicare, per ciascun item, se si era verificato: *mai=0; una volta=1; poche volte=2; molte volte=3*.

In seguito, ai soggetti è stata somministrata la *Eating Disorder Diagnostic Scale* di Stice et coll (2004)<sup>8</sup>.

I risultati hanno dimostrato che sia la vittimizzazione diretta sia la violenza assistita intrafamiliare sono associate a più sintomi di disordine alimentare, senza differenze in base al genere.

In particolare, è risultato che l'esposizione alla violenza assistita rimane significativamente associata con ciascun sintomo di disordine alimentare, indipendentemente dal fatto che ci sia vittimizzazione diretta.

---

<sup>7</sup> Sonya S. Brady, University of Minnesota School of Public Health, Division of Epidemiology & Community Health, Minneapolis, MN.

<sup>8</sup> Stice E., Fisher M., & Martinez E. (2004). Eating Disorder Diagnostic Scale :additional evidence of reliability and validity. *Psychological Assessment*, 16, 60-71.

Inoltre, si è evidenziato come alcuni adolescenti potrebbero sviluppare tali sintomi per regolare sentimenti di depressione e ansia, derivanti dall'esposizione alla violenza perpetrata all'interno della famiglia.

La ricerca della Brady rappresenta, perciò, un'importante dimostrazione di come la violenza intrafamiliare possa avere un forte impatto sulla comparsa di disordini alimentari.

### **2.2.6 Dipendenze**

La dipendenza è un'ulteriore conseguenza a lungo termine dell'assistere alla violenza all'interno delle mura domestiche. Con questo termine si intende sia la dipendenza da sostanze sia la dipendenza affettiva, anche detta "Love Addiction".

Le bambine, che crescono con un padre violento e che, di conseguenza, vivono in un clima familiare di costante paura e terrore, tendono a diventare donne che dipendono emotivamente da uomini che sembrano necessitare di cure di diverso tipo e che, per vari aspetti, ricordano il padre maltrattante. Il terrore di essere abbandonate le spinge a continuare la relazione con il partner e ad occuparsi di lui e delle sue sofferenze, scambiando la violenza e i maltrattamenti per amore e interessamento da parte dell'uomo. Queste donne hanno un'alta predisposizione a diventare dipendenti da alcool, droghe e cibi particolari (Norwood, 2007).

Ciò accade poiché, all'interno delle famiglie in cui si verificano episodi di violenza tra genitori, l'emotività e l'affettività dei minori che vi assistono non viene considerata: ne deriva che, spesso, i bambini rimangono "affamati" d'amore e siano incapaci di credere che qualcuno possa amarli seriamente (Depalmas, Cilio, 2012).

### **2.2.7 Attaccamento**

La violenza vissuta da un minore all'interno della famiglia può avere ripercussioni negative sulla sfera delle relazioni affettive e sociali, poiché il bambino mostra di avere avuto un attaccamento insicuro nei confronti della figura significativa per il suo sviluppo (Cicchitti, Toth, 2005).

In particolare, i minori esposti a violenza assistita hanno difficoltà nel provare fiducia nei confronti delle figure di riferimento, poiché vengono meno le cure primarie e

la protezione. Ne consegue un danneggiamento della relazione di attaccamento madre-bambino.

Di Blasio (2000) sostiene, infatti, che l'assistere ad episodi di violenza di vario genere, in particolare quelli che avvengono tra le mura domestiche, produce nel bambino sentimenti contraddittori, caratterizzati dal timore di sentirsi e mostrarsi completamente passivo verso l'adulto di riferimento, che si prende cura di lui, e dalla paura di venire abbandonato dalle persone affettivamente significative.

Inoltre, la teoria dell'attaccamento evidenzia come l'assistere a violenza domestica o a maltrattamenti continui danneggi l'aspettativa del bambino secondo la quale i genitori saranno sempre disponibili e pronti a proteggerli. In realtà, in questi casi, impara che le persone a lui care diventano una fonte di pericolo e di dolore, invece che di protezione (Lieberman & Van Horn, 2007).

### **2.2.8 Trasmissione intergenerazionale della violenza**

Il bambino, che per lungo tempo è costretto ad assistere alla violenza intrafamiliare, può imparare erroneamente che l'uso della violenza nelle relazioni affettive significative sia normale e che esprimere le proprie emozioni e i propri sentimenti potrebbe scatenare reazioni violente e aggressive all'interno del nucleo familiare (Luberti, 2006).

E', infatti, molto probabile che un bambino, vedendo regolarmente il padre insultare o picchiare la madre, imiti tale comportamento e che impari che sia questo il modo corretto di rapportarsi con figure significative della propria vita.

Ne deriva una trasmissione intergenerazionale della violenza (per esempio da padre a figlio) e un perdurare di pattern relazionali maladattivi da un punto di vista clinico e sociale (Lieberman A.F. & Van Horn P., 2007).

In particolare, la ricerca dal titolo *Witness of intimate partner violence in childhood and perpetration of intimate partner violence in adulthood*, condotta da Roberts A., Gilman S.E., Fitzmaurice G., Decker M.R., Koenen K.C. (2011), ha dimostrato che l'aver assistito durante l'infanzia a violenza intrafamiliare aumenta la probabilità di sviluppare comportamenti violenti, in età adulta.

Lo studio ha coinvolto un vasto campione, rappresentativo della popolazione, costituito da soggetti a partire dai 18 anni, al quale è stata sottoposta un'intervista a più fasi.

I risultati ottenuti hanno permesso di evidenziare che, dell'86% di tutti gli uomini che al momento dell'intervista erano sposati o impegnati in una relazione, il 14% (n=2185) ha riportato di aver assistito a violenza intrafamiliare durante l'infanzia; l'8% (n=1119) di aver assistito a forti e frequenti episodi di violenza; e il 4% (n=514) di aver perpetrato violenza ai danni della propria partner, durante l'ultimo anno.

E' stato, quindi, dimostrato che gli uomini che hanno assistito a violenza intrafamiliare, durante l'infanzia, tendono a mettere in atto comportamenti violenti nei confronti delle loro partner, ad approvarli e a giustificarli.

Gli stessi risultati sono stati ottenuti da uno studio longitudinale, denominato *Dunedin Study*, condotto da Moffit e Caspi (1998), su un campione costituito da oltre 1000 soggetti dai 3 ai 26 anni. E' stato, infatti, dimostrato come gli adulti, con problemi di comportamento durante l'infanzia, avessero probabilità tre volte maggiori dei loro pari di mettere in atto comportamenti maltrattanti gravi nei confronti delle loro partner.

Si evince, quindi, che il subire maltrattamenti o l'essere testimoni di violenza intrafamiliare, durante l'infanzia, sono predittivi dello sviluppo di problemi comportamentali, nei minori. Tali problemi sono, a loro volta, predittivi di futuri rapporti violenti con i propri partner, a cominciare dai primi appuntamenti.

Infine, è emerso come il comportamento aggressivo si trasmetta di generazione in generazione, all'interno delle famiglie, confermando il cosiddetto "ciclo della violenza" (Black, 2005).

In un'ulteriore ricerca, dal titolo *Exposure to family violence in childhood and intimate partner perpetration or victimization in adulthood: exploring intergenerational transmission in urban Thailand* (2010), Kerley, Xu, Sirisunyaluck, e Alley hanno esplorato la trasmissione intergenerazionale su un campione di donne thailandesi sposate (n=816), ipotizzando che l'esposizione a violenza intrafamiliare, durante l'infanzia, sia legata alla perpetrazione e alla vittimizzazione da parte del partner, durante l'età adulta.

Il campione è stato scelto in modo casuale tra le donne sposate delle 5 regioni di Bangkok. Professionisti esperti hanno sottoposto loro un questionario tradotto dall'inglese al Thai, tramite intervista faccia a faccia. Il marito non doveva essere presente ai colloqui.

E' stata utilizzata la "Conflict Tactics Scale" (CTS-2), che misura la frequenza degli episodi di perpetrazione e vittimizzazione di maltrattamenti sia psicologici sia fisici, negli ultimi 12 mesi, attraverso sette categorie di risposte che vanno da 1 ("mai successo") a 7 ("più di 20 volte").

L'esposizione alla violenza intrafamiliare durante l'infanzia è stata operazionalizzata lungo due dimensioni: la prima riguarda la violenza assistita (misurazione indiretta); la seconda riguarda l'esperienza di abusi fisici (misurazione diretta).

I risultati dimostrano che l'esposizione alla violenza intrafamiliare, durante l'infanzia, ha effetti a lungo termine significativi sulla probabilità della perpetrazione della violenza da parte del partner, in età adulta. Questi effetti sono mediati dalla vittimizzazione diretta psicologica e fisica delle donne thailandesi da parte dei partner.

In particolare, è emerso che la correlazione tra:

- esposizione alla violenza durante l'infanzia e perpetrazione della violenza psicologica in età adulta riguarda il 50% di coloro che hanno assistito a violenza domestica e il 36% di coloro che hanno fatto esperienza diretta di abusi fisici; mentre per la perpetrazione della violenza fisica le percentuali riguardano il 45% di coloro che hanno assistito alla violenza e il 40% di coloro che sono stati vittime di abusi;
- esposizione alla violenza durante l'infanzia e vittimizzazione psicologica riguarda il 67% delle vittime di violenza assistita e il 28% delle vittime di abusi fisici; mentre per la vittimizzazione fisica, le percentuali indicano il 66% delle vittime di violenza assistita e il 39% di abusi fisici.

La presente ricerca ha, quindi, dimostrato che esiste un'associazione diretta tra l'esposizione alla violenza domestica durante l'infanzia e la perpetrazione e vittimizzazione psicologica e fisica durante l'età adulta.

Anche Stith et al. (2000) hanno evidenziato come i bambini che crescono in una famiglia caratterizzata da abusi o maltrattamenti hanno un'alta probabilità di essere coinvolti, in età adulta, in una relazione violenta, determinando così una trasmissione intergenerazionale della violenza: ciò riguarda sia l'esposizione diretta sia quella indiretta (per esempio, la violenza assistita).

### 2.3 Resilienza

Ogni bambino reagisce agli episodi di violenza ai quali assiste o alle situazioni stressanti in maniera diversa: vi sono infatti bambini che sono più vulnerabili e che, di conseguenza, provano frequentemente sentimenti di colpa e vergogna, sensazioni di impotenza e incapacità di controllo sugli eventi, e che mostrano una bassa autostima di sé e una maggiore probabilità di sviluppare psicopatologie, in futuro.

Vi sono, invece, bambini che hanno una maggiore capacità di resistenza agli eventi traumatici o stressanti; ciò dipende dalla presenza di alcuni fattori protettivi del tutto individuali, che intervengono a ridurre gli effetti dannosi determinati da tali eventi (Camuffo, 2006).

Nelle situazioni di violenza assistita, le vittime possono mettere in atto una risorsa individuale molto importante, la *resilienza*, la quale viene definita come la “*capacità delle persone di fare fronte agli eventi critici, stressanti o traumatici e di riorganizzare e ricostruire in maniera positiva la propria vita dinnanzi alle difficoltà*”<sup>9</sup>.

In particolare, Grotberg (1996) definisce la resilienza come “*la capacità umana di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzato o addirittura trasformato*”<sup>10</sup>.

Tale capacità non coinvolge solo la resistenza agli eventi stressanti, ma anche la capacità di mettere in atto strategie di coping, che permettono di affrontarli, e strategie di problem solving, le quali consentono di risolvere problemi e difficoltà attraverso i modelli operativi interni (MOI) che il bambino ha costruito, con l’esperienza, durante i primi anni di vita.

I MOI sono, quindi, delle rappresentazioni mentali che guidano il bambino nelle relazioni interpersonali con chi si prende cura di lui (Malacrea, 2004).

Le relazioni con persone esterne alla famiglia, premurose, solidali e pronte all’ascolto permettono a chi è vittima di violenza o chi vi assiste di respirare un clima di amore e fiducia, rassicurante e incoraggiante, che permette di accrescere il proprio livello di resilienza.

---

<sup>9</sup> Depalmas, C. & Cilio M.G. (2012). *La voce nel silenzio. La violenza assistita*. Roma: Aracne Editrice, p.89.

<sup>10</sup> *Ibidem*.



### **3. La violenza assistita da maltrattamenti sulle madri e sui fratelli**

#### **3.1 La violenza assistita da minori sulle madri: un danno alla genitorialità**

La violenza sulle madri è un fenomeno molto diffuso, anche se ampiamente sottovalutato, ed è alla base di molti casi di violenza assistita da minori.

Essa può mettere a rischio la salute psico-fisica e, a volte, la vita stessa delle madri e dei loro bambini, fin dalle prime fasi della gravidanza.

Il maltrattamento protratto nel tempo porta la vittima all'isolamento, alla mancanza di risorse su più livelli, e produce una condizione di impotenza che investe anche gli aspetti della genitorialità, danneggiando il legame di attaccamento con i figli (CISMAI, 2005).

I genitori sono i primi a sottovalutare le conseguenze dannose della violenza assistita sui loro bambini. Infatti, quando si chiede alle madri, che subiscono maltrattamenti da parte del partner, quale sia la percezione che i bambini hanno di tali episodi di violenza, generalmente rispondono sminuendone la gravità oppure affermando che nelle "rare occasioni" i figli dormono in un'altra stanza o non sentono o non capiscono o che non sono in alcun caso coinvolti (Depalmas, Cilio, 2012).

Il bambino "è piccolo e non capisce" è un'affermazione frequentemente usata dalle donne, ma profondamente sbagliata.

Anche bambini molto piccoli possono essere portatori di angoscia e preoccupazione, se esposti costantemente a situazioni familiari conflittuali, caratterizzate da rabbia e aggressività. (Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005; Militerni, 2009; Monteleone, 2008; Manna & Como, 2010).

Nella vita del bambino è di fondamentale importanza una figura di attaccamento sicura e responsiva, in grado di proteggerlo e di dargli sostegno, che favorisca lo sviluppo di un modello operativo interno sicuro delle relazioni e delle capacità di recupero delle difficoltà (Fonagy, 2002).

Tuttavia, nelle situazioni di violenza e maltrattamenti all'interno della famiglia, tale figura, che generalmente coincide con la madre, non è in grado di avere sufficienti energie mentali per occuparsi in modo sereno e positivo del proprio figlio, poiché costantemente picchiata, umiliata, vessata, denigrata.

La situazione di violenza diventa il fulcro intorno al quale ruotano i suoi pensieri e la sua vita e, di conseguenza, il bambino tende a diventare invisibile e ad essere privato della necessaria base sicura per la propria crescita, la propria serenità e il proprio conforto (Busoni, 2000).

La violenza subita, oltre a privare le donne della propria autostima, della propria autorevolezza e del rispetto di cui hanno bisogno per esercitare le loro responsabilità genitoriali, crea spesso problemi psicologici, quali depressione, trauma, autolesionismo.

Una donna maltrattata dal proprio partner, impegnata a lottare per la propria sopravvivenza, non dispone di molte energie per fare la madre (Mullender et coll., 2002).

## **3.2 Effetti della violenza assistita sul legame di attaccamento madre-bambino**

### **3.2.1 Teoria dell'attaccamento**

Bowlby (1969) ha definito il concetto di “attaccamento” come quel particolare legame affettivo che, fin dalla nascita, unisce in modo stabile, intimo e duraturo il bambino alla madre o alla figura di riferimento che si occupa di lui e del suo sviluppo (caregiver).

La teoria dell'attaccamento è stata formulata, dallo studioso, a partire dall'ipotesi della separazione e deprivazione, che utilizza, come criterio per l'individuazione della presenza di un legame di attaccamento vero e proprio, la rilevazione di comportamenti specifici emessi dal bambino in seguito all'allontanamento della madre.

Si possono individuare quattro fasi principali che portano alla costruzione della relazione di attaccamento tra la diade madre-bambino: la prima fase corrisponde alle prime settimane di vita, in cui il piccolo non manifesta comportamenti specifici di attaccamento; la seconda fase è caratterizzata dalla ricerca da parte del bambino della prossimità e del contatto con le figure familiari, le quali vengono discriminate rispetto alle altre, e dura almeno tutta la prima metà del primo anno di vita. Durante la terza fase, che comincia a partire dal settimo-ottavo mese di vita, il bambino evidenzia condotte di protesta, di pianto e di paura quando la madre si allontana da lui; ciò indica la presenza di un legame di attaccamento specifico, che in questo periodo di sviluppo si manifesta con più intensità e frequenza. Solo durante l'ultima fase (intorno al secondo

anno di vita), con l'acquisizione del pensiero simbolico e dell'esperienza vissuta sul piano affettivo e sociale, il bambino potrà costruire i modelli operativi interni (MOI), i quali gli consentiranno di affrontare la separazione dalla madre in maniera affettivamente e cognitivamente più matura (Corsano, 2007).

Bowlby individua due tipi di attaccamento: l'*attaccamento sicuro*, che si verifica quando il bambino è tranquillo, socievole, fiducioso nei confronti degli altri, disponibile ed equilibrato e percepisce sicurezza, protezione e affetto dalla figura di riferimento; l'*attaccamento insicuro*, il quale è, invece, caratterizzato da sentimenti di instabilità, prudenza, eccessiva dipendenza dalla figura di riferimento e dalla paura di essere abbandonati.

I bambini che manifestano quest'ultimo tipo di attaccamento vengono definiti come "anaffettivi" (Meloni & Cilio, 2009).

Dalle ricerche di Mary Ainsworth (Ainsworth et al., 1978) è emerso che, nonostante le tappe di costruzione di tale legame di attaccamento siano condivise dalla maggior parte dei bambini, l'esito può essere diverso per ciascuno di loro.

Infatti, attraverso il famoso metodo di osservazione denominato *Strange Situation*, che si basa sull'ipotesi della presenza/assenza della madre e di una figura estranea al bambino, la Ainsworth ha potuto individuare stili diversi di attaccamento in bambini tra i 12 e i 18 mesi: "sicuro" (di tipo B), "insicuro evitante" (di tipo A), "insicuro ambivalente" (di tipo C).

I bambini che mostrano un attaccamento di tipo B manifestano comportamenti di protesta se vengono separati dalla madre; al momento del suo ritorno però sono pronti a calmarsi e ad avvicinarsi a lei. In presenza della madre, si dedicano all'esplorazione dell'ambiente, sono curiosi ed autonomi (Corsano, 2007).

Nell'attaccamento insicuro evitante, in particolare durante il momento del ricongiungimento, il bambino mostra un notevole esitamento nei confronti della madre, appare autonomo e più interessato all'esplorazione che alla presenza della figura di riferimento, evita ogni contatto con lei e continua a giocare, volgendole le spalle; tende a minimizzare le proprie reazioni affettive mostrandosi indaffarato e coinvolto nel gioco. La madre, nel momento in cui il figlio manifesta malessere, evita il contatto fisico, respingendone o ignorandone le richieste di attenzione (Di Blasio, 2000).

Nell'attaccamento insicuro ambivalente, la madre non rappresenta una base sicura per il bambino, il quale appare dipendente e centrato sulla madre e, di conseguenza, poco autonomo. Egli mette in atto forti comportamenti di attaccamento, caratterizzati da rabbia o passività. Le madri sono ipercontrollanti, intrusive, imprevedibili; molto spesso ostacolano l'esplorazione dell'ambiente da parte dei loro figli, i quali reagiscono aggrappandosi al caregiver e poi lottando contro la sua vicinanza (Santrock, 2008).

### **3.2.2 Attaccamento insicuro disorganizzato**

Verso la fine degli anni '80, Mary Main e Judith Solomon individuano un ulteriore stile di attaccamento, di tipo insicuro disorganizzato.

Durante la Strange Situation, i bambini disorganizzati-disorientati mostrano momenti di confusione generale e di disorientamento, legati all'incapacità di organizzare in modo efficace la situazione, e momenti di disorganizzazione del comportamento. In particolare, i bambini, durante l'assenza della madre, urlano, strillano, piangono e la cercano, per poi evitarla al momento del ritorno.

Le ricerche hanno evidenziato una sofferenza della figura di riferimento, causata da gravi eventi traumatici, mancata elaborazione di un lutto, assenza di legami affettivi con la propria figura di riferimento, oppure da vissuti personali di droga, alcool, abusi o maltrattamenti (Depalmas, Cilio, 2012).

Molti studiosi, tra cui Van Ijzendoorn et al. (1999), hanno evidenziato la presenza di un attaccamento disorganizzato in bambini che hanno assistito a violenza domestica nei confronti della madre.

Infatti, è stato dimostrato come sullo sviluppo di attaccamenti disorganizzati possa incidere significativamente l'esposizione all'irritabilità, alla rabbia, all'imprevedibilità e alla violenza paterna<sup>11</sup>.

Questo tipo di attaccamento è stato correlato anche al possibile sviluppo, nella vita adulta, di patologie relazionali gravi, quali l'organizzazione borderline di personalità, il disturbo antisociale e il narcisismo maligno (Fonagy, 2002).

---

<sup>11</sup> Luberti, R. (2005). Violenza assistita da minori in ambito familiare: caratteristiche, dinamiche e percorsi di intervento. In R. Luberti & M.T. Pedrocco Biancardi (a cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*. Milano: FrancoAngeli.

In particolare, Hermann e coll. (1989) hanno verificato che, su un campione di 21 pazienti borderline, il 68% aveva subito abusi sessuali nell'infanzia, il 71% abusi fisici, il 62% aveva assistito a gravi episodi di violenza all'interno della famiglia.

Inoltre, l'attaccamento disorganizzato è, molto spesso, associato a bambini che hanno avuto un passato di traumi irrisolti (Becker-Weidman, 2006).

In uno studio sulla correlazione tra violenza domestica ed attaccamento, Carpenter e Stacks (2009) hanno trovato che il 61,5% di bambini, nel passato, erano stati classificati come aventi un attaccamento disorganizzato.

La teoria dell'attaccamento prevede, infatti, che i fattori ambientali possano influenzare, in alcuni casi, la qualità dell'attaccamento madre-bambino.

Di conseguenza, comprendere tali fattori è fondamentale per la progettazione di interventi che possano aumentare la probabilità che i bambini con attaccamento insicuro muovano verso la sicurezza e la stabilità della relazione (Bowlby, 1969, 1982).

In una ricerca, dal titolo *The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool* (2011), Levendosky, Bogat, Hult-Bocks, Rosenblum e Von Eye hanno esaminato, in un campione caratterizzato da sovraesposizione alla violenza domestica, lo sviluppo di fattori di rischio che predicono la stabilità della relazione di attaccamento madre-bambino, quali appunto gli episodi di violenza, la depressione materna e il reddito familiare, nell'arco di tempo che va dall'infanzia all'età prescolare dei minori.

Il campione, che ha partecipato allo studio longitudinale, era costituito da 150 madri (dai 18 ai 40 anni) e dai loro figli, i quali avevano da 1 anno a 4 anni. Delle donne, 87 avevano avuto esperienza di violenza domestica, le altre 63 non avevano mai vissuto tali esperienze.

I partecipanti potevano essere ammessi a tale studio solo dopo aver completato la situazione di Strange Situation, sia al primo sia al quarto anno di età del bambino. Tale procedura prevede 8 episodi di gioco, separazione e riunione con la madre, con la presenza di una figura estranea e induce nel bambino particolari comportamenti di attaccamento, come il pianto, l'aggrapparsi o il ritiro.

In seguito, sono stati somministrati loro il "Beck Depression Inventory" (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), il quale include item riferiti ad una varietà di sintomi, quali l'umore, il sonno, i disordini alimentari, e la "Severity of Violence

Against Women Scales” (SVAWS; Marshall, 1992), che misura le minacce di violenza, la violenza fisica e sessuale reale, durante l’ anno passato, con una scelta che va da lieve a grave.

Il primo colloquio, avvenuto telefonicamente, prevedeva che la donna fosse incinta e che avesse una relazione con un partner da almeno sei mesi.

I risultati hanno evidenziato i seguenti valori: a 1 anno, il 17,3% dei bambini è stato classificato come evitante; il 56% come sicuro; il 16% come ambivalente e il 10,7% come disorganizzato.

A 4 anni, il 18,7% dei bambini risultava avere un attaccamento evitante; il 64% un attaccamento sicuro, il 3,3% un attaccamento ambivalente; infine, il 14% dei bambini mostrava un attaccamento disorganizzato.

Quindi il 56% del campione mostrava un attaccamento instabile contro il 44,3% dei bambini che manifestavano un attaccamento stabile nei confronti della loro madre.

L’alto tasso di instabilità emerso è coerente con altri studi, i quali sostengono che la stabilità dell’ambiente di cura è il miglior predittore degli esiti futuri dell’attaccamento del bambino nei confronti del caregiver (Sroufe et al., 2005; Tarabulsky et al. 2005).

Il presente studio ha, inoltre, verificato che le donne che hanno sperimentato violenza domestica durante la gravidanza hanno sviluppato forme negative di accudimento verso i loro figli, aumentando così la probabilità che il legame di attaccamento madre-bambino fosse insicuro.

Tali risultati hanno confermato la tesi di Schore (2003), secondo cui lo stress vissuto dalla madre durante la gravidanza può influenzare in modo permanente lo sviluppo, in utero, del cervello del bambino e, di conseguenza, le sue risposte allo stress dopo la nascita.

Infine, i risultati supportano la teoria più ampia che sostiene che le classificazioni dell’attaccamento non hanno un andamento lineare, ma possono modificarsi nel tempo in risposta alle esperienze di vita, come la violenza assistita o la depressione materna, che influenzano direttamente l’ambiente di cura in cui il bambino cresce.

### 3.3 La violenza assistita nei confronti dei fratelli

Non solo assistere al maltrattamento subito dalla madre è altamente traumatico per il bambino, ma anche quando sono i fratelli ad essere vittimizzati, chi vi assiste non resta indifferente.

Gli atti violenti sui fratelli sono, altrettanto, se non più destabilizzanti per gli altri minori che vi assistono, in quanto l'identificazione fra pari è più immediata rispetto all'identificazione con la figura genitoriale (Carini, 2005).

Nonostante il fenomeno sia ampiamente diffuso, le conoscenze sugli effetti della violenza assistita nei confronti dei fratelli sono molto scarse.

Tuttavia, Carini, attraverso un sondaggio, ha raccolto dati significativi sul tema, interpellando i servizi che si occupano della tutela dei minori, con lo scopo di conoscere l'entità del fenomeno e le caratteristiche della situazione presentata dai minori che assistono alla violenza sui fratelli.

Sono stati coinvolti 40 Centri Cismai, distribuiti su quindici regioni, di cui la metà è costituita da servizi territoriali pubblici, mentre l'altra metà da servizi non territoriali (consultori, centri privati, comunità di accoglienza).

La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso interviste telefoniche, precedute da domande inviate via posta ai centri, e si riferisce al periodo gennaio-ottobre 2000.

Ad aver fornito i dati sono stati 9 servizi territoriali, con una popolazione minorile pari a 173.000 bambini, e 14 servizi non territoriali.

Le domande poste agli operatori dei Centri riguardavano la popolazione minorile, i minori in carico con decreto della magistratura, interventi su gruppi di fratelli al completo e sui soli fratelli "vittime", i vissuti espressi dai fratelli verso le "vittime", i limiti rilevati nell'intervento svolto.

Per quanto riguarda i servizi territoriali, nel periodo considerato, i dati riportati sono i seguenti:

- minori in carico con provvedimento della magistratura: 2004;
- nuclei di fratelli al completo pari a minori: 394;
- solo fratelli "vittime" pari a minori: 575.

I servizi non territoriali registrano i seguenti dati:

- minori in carico con provvedimento della magistratura: 575;
- nuclei di fratelli al completo pari a minori: 180;
- solo fratelli “vittime” pari a minori: 157.

Dall’analisi dei dati si evince che circa la metà dei minori in carico ai servizi non ha fratelli (969 su 2004 nei servizi territoriali; 337 su 575 in quelli non territoriali). Di conseguenza, il numero dei minori che ha assistito a forme di violenza subite dai fratelli, che sono in carico ai servizi, equivale al 27-28% del campione.

Carini, azzardando una proiezione sulla popolazione nazionale, a partire dalla popolazione corrispondente ai servizi territoriali intervistati, evidenzia che sarebbero circa 28.000 i minori, nel nostro Paese, che assistono alla violenza sui propri fratelli.

E’ stato, inoltre, possibile dedurre le percentuali delle varie tipologie di violenza assistita, prendendo in considerazione i soli fratelli “vittime”:

- nel 32-48% dei casi è presente incuria sui fratelli;
- nel 28-43% dei casi si riscontra maltrattamento psicologico sui fratelli;
- nel 18-19% dei casi si evidenzia abuso sui fratelli;
- nel 12% dei casi è presente maltrattamento fisico sui fratelli;
- nel 10% dei casi vi sono situazioni di multiproblematicità.

Infine, tra i vissuti dei fratelli nei confronti della vittima risultano presenti in misura considerevole e quantitativamente vicina la protezione, la colpevolizzazione, l’omertà e l’aggressività.

Gli aspetti problematici della ricerca sono molteplici e legati: ad un’organizzazione territoriale dei servizi con diverso rapporto fra struttura e territorio, diverso bacino di utenza; ad un’organizzazione funzionale dei servizi specialistici e di base che operano sullo stesso territorio, afferenti ad enti diversi; ad una priorità degli interventi attuati (scarso investimento sulla rilevazione dei dati, scarsa attenzione all’insieme dei fratelli); e ad un eccessivo carico di lavoro lamentato da molti operatori.

Altri limiti segnalati riguardano la difficoltà nel condividere obiettivi e strategie di intervento da parte dei vari servizi, che prendono in carico i fratelli; la difficoltà per gli operatori ad avere uno spazio mentale adeguato per un alto numero di fratelli; la difficoltà di comunicazione tra operatori e componenti della famiglia, sia nel caso di fratelli di età diversa, sia nel caso di famiglie straniere (Carini, 2005).

Ciò nonostante, il lavoro svolto da Carini ha permesso di mettere in evidenza il tema della violenza assistita nei confronti dei fratelli e delle conseguenze dannose che ne derivano, tema che non era stato precedentemente ben focalizzato dagli operatori dei servizi che si occupano di minori (Luberti & Pedrocco Biancardi, 2005).

### **3.3.1 Reazioni possibili delle vittime di violenza assistita sui fratelli**

I minori sono inevitabilmente esposti al trauma derivante dall'assistere al maltrattamento di un genitore. In alcuni casi, però, sono loro stessi vittime di violenza psicologica e/o fisica.

Edleson (1999), da un riesame condotto su 60 studi riguardanti il tema della violenza domestica, ha evidenziato che dal 30 al 60% dei figli delle donne maltrattate erano stati vittime, a loro volta, di violenza diretta.

Non sempre, però, tutti i figli diventano bersagli privilegiati di violenze familiari allo stesso modo: può accadere che un solo "figlio cattivo" subisca violenza diretta da parte del genitore maltrattante, mentre gli altri siano costretti a fare da spettatori (Pedrocco Biancardi, 2005).

Di conseguenza, i bambini che assistono alla violenza sui fratelli possono soffrire del "senso di colpa del sopravvissuto", chiedendosi: "Perché non è capitato a me?", oppure: "Quando potrà capitare a me?" (Détto, 1999).

Un bambino, che viene lasciato solo a pensare e a riflettere su ciò che è costretto a vivere o a vedere, può realizzare fantasie negative, nelle quali si attribuisce colpe macroscopiche. Questi pensieri possono diventare parte integrante della sua personalità e del suo mondo e generare un'immagine negativa di sé, che porta il bambino a mettere in atto diverse tipologie di comportamenti, di decisioni operative e di scelte di vita (Pedrocco Biancardi, 2005).

I fratelli, in caso di violenza intrafamiliare, esercitano tra loro un'influenza sottile e nascosta, che li porta a costruire una relazione affettiva, altrimenti negata dai genitori.

Le reazioni dei bambini che assistono alla violenza di un familiare su un fratello sono diverse e imprevedibili. A volte, lo stesso soggetto può mettere in atto interventi riparativi differenti, nel corso del tempo.

Le ricerche, come quella di Carini, hanno evidenziato come i vissuti di protezione da parte dei fratelli nei confronti delle vittime sono più numerosi rispetto ai vissuti che i

fratelli testimoni generalmente provano. Tale protezione può però assumere aspetti e suggerire comportamenti differenziati e con esiti contraddittori.

In alcuni casi, per esempio, la protezione attuata da un fratello nei confronti della vittima può essere violenta e distruttiva, ovvero portare all'uccisione del familiare maltrattante; in altri casi, lo "spettatore" si impegna in comportamenti "cattivi" per concentrare su di sé le ire del genitore, invece che sul fratello, così da proteggerlo.

L'impatto con la violenza subita dai fratelli può provocare un impulso di fuga e negazione. I fratelli cosiddetti "buoni" possono in un primo momento avere solo un sospetto di ciò che li circonda, intuendo qualcosa, ma senza capire, impossibilitati a dare voce ai propri inquietanti pensieri. Ne deriva, un comportamento omertoso, che a volte, sfocia in complicità o copertura del/i genitore/i maltrattante/i, per conquistare l'affetto, altrimenti negato.

Può accadere, infatti, che in situazioni di deprivazione affettiva o di assenza di rapporti empatici da parte dei genitori, gli abusi fisici o psicologici siano comunque visti dai minori come espressione di interessamento nei loro confronti (Pedrocco Biancardi, 2005).

Nelle situazioni di violenza domestica può accadere, inoltre, che il fratello "buono" si senta in dovere di punire il fratello "cattivo", maturando sentimenti ostili e mettendo in atto comportamenti aggressivi nei confronti della vittima abusata/maltrattata. In questi casi, si assiste ad una vera e propria identificazione del fratello "spettatore" con l'aggressore, in cui il primo imita i comportamenti aggressivi, gli atteggiamenti squalificanti e persecutori del secondo.

Un bambino può anche identificarsi con il fratello abusato, mettendo in atto i suoi comportamenti, probabilmente per uscire dall'invisibilità assegnatagli dai "giochi" familiari (Pedrocco Biancardi, 2005).

Nei percorsi di intervento rivolti ai minori maltrattati e ai minori che assistono ad episodi di violenza è necessario, come segnalano Soavi e Carini (2001), dedicare uno spazio individuale ad ogni fratello del nucleo familiare, in modo che possa essere valutato il suo grado di consapevolezza rispetto all'accaduto, le sue reazioni emotive, le alleanze stabilite con gli altri membri della famiglia, il vissuto di impotenza e la frustrazione affettiva e accuditiva presente in lui.

#### **4. Percorsi d'intervento possibili sui minori vittime di violenza assistita intrafamiliare**

L'interruzione della violenza, di cui il minore è vittima e/o a cui assiste, va attuata attraverso la messa in atto di interventi di protezione adeguati alla gravità della situazione, in termini di tempestività, efficacia e durata.

Sin dalle prime fasi dell'intervento è fondamentale attivarsi per garantire ai bambini che assistono alla violenza e alle loro madri il diritto alla salute fisica e psicologica.

Il passo iniziale di un percorso di intervento finalizzato alla protezione dei minori e alla prevenzione di qualunque forma di abuso e maltrattamento è sicuramente l'ascolto.

Ascoltare significa comprendere le emozioni, i sentimenti non verbalizzati, le preoccupazioni e i problemi di chi sta di fronte, e implica una condizione psicologica e un'apertura mentale ad accogliere ciò che l'altra persona vuole comunicare.

Un ascolto di questo tipo prevede la presenza di *empatia*, la quale è la “*capacità di immedesimarsi nella condizione di un'altra persona e di sentire se stesso nella situazione dell'altro*”(Depalmas, Cilio, 2012, p. 86).

La comprensione empatica implica, quindi, l'immedesimazione con l'altro e la focalizzazione sulla sua interiorità, in modo da comprendere il suo punto di vista e ciò che prova al di là delle parole che esprime, e comporta la sospensione dei giudizi morali di chi ascolta.

Per raggiungere gli obiettivi di ascolto, tutela, riparazione e prevenzione sono necessarie azioni e interventi complessi, che richiedono risorse educative, terapeutiche, culturali, sociali e giuridiche, e che si strutturano in varie fasi: rilevazione, protezione, valutazione, trattamento (CISMAI, 2005).

#### **4.1 Fasi di intervento**

##### **4.1.1 La rilevazione**

La *rilevazione* viene definita come “*l'individuazione dei segnali di malessere dei minori e dei rischi per la loro crescita connessi alle condotte pregiudizievoli degli adulti, distinguendo il rischio del danno subito dagli stessi, e nella prima individuazione delle capacità protettive immediatamente disponibili in ambito familiare*” (CISMAI, 2005, p.2).

La fase della rilevazione è multidisciplinare e multicontestuale, in quanto coinvolge gli operatori dei servizi per i minori e per gli adulti, che fanno parte dei settori sanitari, sociali, educativi e giuridici.

I casi di violenza assistita possono presentarsi agli operatori in forma spontanea o coatta, con presentazione diretta o mascherata e con caratteristiche diverse, in base all'urgenza e alla gravità.

E' necessaria, quindi, una tempestiva valutazione del grado di rischio e di pericolosità/letalità fisica o psicologica per i bambini che assistono alla violenza intrafamiliare.

Tale valutazione dipende dall'effettiva rilevazione, nei diversi casi, di indicatori, quali:

- indicatori relativi alla tipologia, alle caratteristiche e alle dinamiche degli atti di violenza fisica, verbale, psicologica, economica, sessuale, e al periodo di insorgenza del maltrattamento;
- indicatori comportamentali, sociali, psicologici e relativi allo stato di salute psico-fisica della madre, del maltrattante, dei minori testimoni di violenza;
- indicatori relativi alla presenza di fattori di rischio nel contesto familiare e sociale;
- indicatori relativi ai fattori protettivi individuali, familiari, e sociali e alle risorse che possono essere attivate e rafforzate ai fini della protezione del minore e al sostegno del processo riparativo dei danni prodotti dalla violenza sul bambino e sulle relazioni familiari (CISMAI, 2005).

La mancata o errata descrizione e analisi dei fatti ha effetti negativi ai fini del trattamento e della protezione fisica e mentale dei soggetti coinvolti; ciò può comportare minimizzanti letture degli eventi e sottovalutazioni dell'impatto che i comportamenti violenti hanno su chi ne subisce in modo diretto le conseguenze e su chi ne è testimone.

#### **4.1.2 La protezione**

La protezione è un prerequisito fondamentale per ulteriori approfondimenti valutativi e per la progettazione, e conseguente attuazione, di percorsi di interventi riparativi.

In particolare, per proteggere i minori vittime di violenza assistita e garantire loro la salute fisica e mentale è necessario, innanzitutto, intervenire per interrompere i maltrattamenti del genitore che li subisce.

L'interruzione della violenza va attuata attraverso la messa in atto di interventi di protezione e vigilanza adeguati alla gravità della situazione, che siano tempestivi ed efficaci; nei casi più gravi, per esempio, può risultare necessario, per la loro sicurezza e incolumità, collocare madre e figli in "case rifugio" a indirizzo segreto, dove possono essere seguiti efficacemente dalle operatrici dei Centri Antiviolenza.

Tali interventi coinvolgono una fitta rete di Servizi e Istituzioni preposti, che collaborano insieme per garantire l'efficacia dei percorsi di uscita dalla violenza, anche attraverso il ricorso all'autorità giudiziaria minorile ed ordinaria, secondo quanto previsto dalla legge (CISMAI, 2005).

#### **4.1.3 La valutazione**

La fase di valutazione è complessa e delicata e deve comprendere un piano di sicurezza per le donne e i bambini coinvolti (Davies, Lyon & Monti Catania, 1998).

Essa ha lo scopo di analizzare il quadro complessivo della situazione di violenza, considerando gli aspetti individuali e relazionali, i processi di interazione tra fattori di rischio e fattori protettivi, il grado di assunzione di responsabilità da parte degli adulti coinvolti e le risorse protettive degli adulti di riferimento, disponibili per il minore (CISMAI, 2005).

Nei casi di violenza assistita è necessaria una valutazione di tipo medico e psicologico dello stato sia dei bambini, in modo da evidenziare eventuali altri tipi di maltrattamenti, sia delle loro madri maltrattate.

E' importante prendere in considerazione i meccanismi di difesa presenti in tutti i membri della famiglia, quali negazione, minimizzazione, normalizzazione, razionalizzazione, autocolpevolizzazione, così da riconoscere in modo preciso il livello oggettivo del rischio e del danno.

Per quanto riguarda la valutazione delle competenze genitoriali, bisogna considerare i danni, sia fisici sia psicologici, derivanti dal maltrattamento e i loro effetti sulla relazione madre-bambino.

E' altresì necessario programmare seri interventi di contenimento, valutazione e trattamento dei maltrattanti (Luberti, 2005).

#### **4.1.4 Il trattamento**

Il trattamento è un passo indispensabile per uscire dalla violenza.

L'attivazione delle risorse disponibili, ad opera dei servizi o della famiglia, caratterizza questa fase di trattamento e di intervento, la quale ha l'obiettivo di sostenere la donna e i minori a suo carico e di aiutarli ad elaborare e comprendere la situazione che stanno vivendo, così che episodi simili di violenza non si ripetano più (Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005).

Il trattamento deve avere caratteristiche di specificità relativamente alle caratteristiche e alle conseguenze individuali, derivanti dagli episodi traumatici vissuti, e deve avere come fine ultimo quello di restituire fiducia in se stessi e negli altri e un alto grado di autonomia delle vittime.

Nella maggior parte dei casi, i minori vittima di violenza assistita necessitano anche di trattamenti riparativi rivolti al recupero delle relazioni familiari (CISMAI, 2005).

#### **4.2 Percorsi di riparazione nelle vittime di violenza assistita sulle madri**

Gli interventi di riparazione dei danni subiti sono diversi da minore a minore, in base alle particolari esperienze vissute da ognuno di loro.

Il terapeuta deve innanzitutto considerare l'assetto familiare, confrontandosi con esso, in quanto gli scenari che possono presentarsi sono vari.

In alcuni casi, la violenza viene interrotta dalla separazione dei genitori; mentre, in altri, nonostante l'interruzione della relazione, gli episodi di violenza si ripetono, con un'intensità e un controllo da parte del partner maltrattante nei confronti dell'altro genitore sempre maggiori (Bruno, 1998).

Un ulteriore scenario, riproposto da Cirillo (1996), è quello caratterizzato da una "ammissione di responsabilità equivalente a formulazione di una domanda d'aiuto" da parte dei genitori, i quali mostrano un'autentica motivazione al cambiamento.

Frequentemente, però, per quanto riguarda il trattamento dei bambini, si presenta il problema del consenso genitoriale alla terapia dei figli, in quanto i genitori possono ostacolare o impedire la realizzazione dell'intervento riparativo.

Da un lato, il genitore maltrattato può non riconoscere il danno subito dai figli che hanno assistito alle violenze o negare le violenze, in modo da attenuare il senso di colpa; dall'altro, il genitore maltrattante minimizza o nega tali conseguenze (Moscati, 2005). Ciò è determinato dal fatto che in molte famiglie è ben radicato il mito dell'unità e dell'armonia, per cui si preferisce mostrare all'esterno un'immagine e una rappresentazione sociale della famiglia fondata sugli affetti e racchiusa entro certi confini. Essendo il conflitto intrafamiliare, e gli episodi di violenza che ne derivano, inconciliabili con l'idea del buon funzionamento familiare, diventa perciò necessario negarli (Fruggeri, 1997).

In molte situazioni, quando l'intervento viene richiesto da un solo genitore, accade che il bambino manifesti un conflitto di lealtà, attraverso il quale egli sente di aver tradito il genitore maltrattante, inconsapevole o contrario all'attivazione di un percorso terapeutico. Tali sentimenti di colpa portano il bambino a rifiutare il trattamento e a tutelare il padre maltrattante.

In altre situazioni, invece, è stata rilevata una forte alleanza tra bambino e genitore maltrattato. Il minore, presentandosi come un perfetto adulto in miniatura, tende a proteggere la madre, negando le carenze affettive nella relazione con essa, e a rifiutare qualsiasi contatto con il genitore maltrattante. Tale rifiuto viene manifestato attraverso frasi, quali: "per me papà non esiste più" (Moscati, 2005).

#### **4.2.1 Terapia individuale**

I bambini che assistono alla violenza intrafamiliare sono intensamente impegnati in azioni e operazioni mentali volte a "tutelare" e a mantenere "integre" entrambe le figure genitoriali. Essi si sentono colpevoli delle liti e delle violenze che coinvolgono i genitori e sperimentano sensazioni negative nei confronti sia del genitore maltrattante, sia nei confronti del genitore che subisce violenza, identificato come "cattivo", poiché non è in grado di essere sufficientemente protettivo.

L'apparato psichico del bambino non è in grado, se le violenze sono molto gravi o si protraggono per lungo tempo, di tollerare la portata traumatica degli eventi e l'ambivalenza destabilizzante rispetto alle figure genitoriali; ciò li porta a mettere in atto meccanismi protettivi radicali, quali rimozione, negazione, scissione, identificazione

proiettiva. Ne deriva confusione emotiva e congelamento delle emozioni (Moscati, 2005).

Uno dei principali obiettivi della terapia individuale è quello di aiutare i bambini a riconoscere e a dare un nome alle emozioni; ciò è utile per la ricostruzione e l'elaborazione degli eventi traumatici. Tale rivisitazione dei fatti permette di restituire ai bambini un'immagine di sé meno impotente e meno colpevole.

Un altro obiettivo è quello di consentire un livello maggiore di consapevolezza riguardo alla possibilità di scegliere modalità non distruttive per l'espressione della rabbia e di introdurre una modalità di gestione dei conflitti diversa da quella, aggressiva o passiva, già adottata e conosciuta in famiglia (Luberti, Moscati, 2001).

L'attività terapeutica deve favorire un processo di regressione tollerabile per il minore, in modo da offrirgli, in un momento successivo, garanzie rispetto al contenimento della gestione degli aspetti sia "buoni" sia "cattivi" che si presentano nel mondo interno (Moscati, 2005).

#### **4.2.2 Interventi di gruppo**

L'intervento di gruppo può essere funzionale sotto vari aspetti (Reid, 2003).

Innanzitutto, il gruppo costituisce un'opportunità per osservare punti di forza e di debolezza su di sé e sugli altri, e un modo per sperimentare nuove modalità relazionali.

Inoltre, esso risulta essere un'opportunità rassicurante e meno pericolosa per il bambino e la sua famiglia e un valido strumento per il lavoro con i fratelli che hanno assistito a violenze; attraverso di essi è possibile svelare le modalità relazionali disfunzionali strutturatesi in modo adattivo alla situazione familiare, individuando le diverse reazioni a seconda delle caratteristiche individuali e della posizione all'interno della famiglia (Moscati, 2005).

In particolare, l'intervento rivolto ai gruppi di bambini, vittime di violenza assistita, mira a fornire un sostegno psicologico ed educativo, così da potenziare le funzioni dell'Io, e ha come obiettivi:

- rompere il segreto della violenza familiare; ciò comporta la condivisione tra i bambini dell'esperienza e dei vissuti traumatici e la scoperta di non essere gli unici ad avere una famiglia violenta, con la conseguente rottura dell'isolamento di cui sono portatori tali bambini;

- sperimentare il gruppo come luogo positivo e contenitivo, in modo da permettere ai bambini di sperimentare un luogo ricco di fiducia e sicurezza;
- potenziare l'autostima, attraverso la valorizzazione di sé, dei propri sentimenti, delle proprie risorse e capacità;
- apprendere strategie volte all'autoprotezione, incentrate sull'assertività.

In alcuni casi può essere costruito coi partecipanti un “piano di protezione”, ovvero una mappa mentale dei luoghi sicuri e della rete sociale protettiva, che il minore può utilizzare in caso di emergenza (Moscati, 2005).

Per l'ammissione di un bambino al gruppo è necessario un colloquio tra i conduttori del gruppo e il/i genitore/i, così da raccogliere dati anamnestici della storia individuale e familiare del minore.

Si procede, poi, con un incontro col bambino, allo scopo di valutare le condizioni di salute psicofisica e la sua motivazione rispetto al gruppo. E' importante che gli vengano illustrate le finalità dell'esperienza di gruppo, le modalità di conduzione degli incontri, e mostrati gli spazi che saranno utilizzati durante le fasi del trattamento.

Gli strumenti prevalentemente adottati sono: giochi corporei, drammatizzazione con ausilio di pupazzi e bambole, giochi di ruolo, sculture, narrazione di favole, disegni liberi e guidati, visione di filmati.

In un articolo di ricerca, denominato *Using group art therapy to address the shame and silencing surrounding children's experiences of witnessing domestic violence* (2012), le autrici Emma Mills e Stephanie Kellington hanno mostrato che l'uso della <<art therapy>>, come modalità di trattamento, possa alleggerire il carico di vergogna e il silenzio presenti in bambini che hanno assistito ad episodi di violenza.

Le autrici hanno presentato uno studio di caso di una bambina di undici anni, Hayley, impegnata in un gruppo di arte-terapia, costituito da bambini che, come lei, avevano assistito a violenza domestica.

Il lavoro di gruppo è durato 27 settimane, all'inizio delle quali, la bambina era silenziosa, ansiosa e cercava di isolarsi dai coetanei. A volte mostrava comportamenti aggressivi e sentimenti negativi di colpa e di vergogna.

Attraverso i disegni e il materiale artistico, la bambina comunicava i suoi stati d'animo, le sue paure, le sue percezioni, il rapporto con il padre, la relazione ambivalente di attaccamento con la madre e ne discuteva con gli altri bambini.

Col passare delle sedute, intorno alla decima settimana, la bambina appariva sempre più sorridente e felice e aperta nei confronti dei coetanei, diventando così la leader del gruppo.

Intorno alla ventitreesima settimana la bambina aveva introdotto l'uso dei simboli, che dimostrava un maggiore livello di consapevolezza e di elaborazione degli eventi traumatici del suo vissuto.

Durante l'ultimo incontro, la bambina ha costruito due orsetti, "Mum and Hayley", uniti da un cuore. L'immagine rappresentava l'importanza di creare relazioni positive con gli altri e il tentativo di ricostruire un legame affettivo positivo con la madre.

Hayley, attraverso l'uso di materiali artistici, ha esplorato la sua rabbia, facendo regredire i sentimenti di vergogna e paura e verbalizzando ciò che aveva provato assistendo ai comportamenti violenti del padre.

I risultati di questo studio hanno confermato che l'arte-terapia, così come il gioco in generale, è uno strumento per imparare a gestire l'ansia, derivante da situazioni stressanti. Essa fornisce ai bambini uno spazio sicuro, nel quale poter sperimentare la propria volontà, sospendendo le regole e le costrizioni imposte dalla realtà sociale, e attraverso il quale poter dare significato alle azioni, ai comportamenti, ai desideri propri e altrui.

I bambini usano il gioco per riprodurre una situazione che ha generato ansia o per modificarne l'effetto o per evitarne la comparsa (Lieberman & Van Horn, 2005).

### **4.3 Intervento rivolto alla diade madre-bambino**

Assistere ad episodi di violenza interfamiliare o esserne la vittima porta il bambino a non avere fiducia nell'importanza del suo benessere psicologico e fisico e nel fatto che gli adulti si prenderanno cura di lui. Ciò interferisce sullo sviluppo adeguato delle tappe evolutive del bambino, esponendolo ad un rischio significativo di disturbi psicologici, quali depressione, ansia, disturbo post traumatico da stress (Rossman, Hughes & Rosenberg, 2000).

Gli interventi rivolti alla diade madre-bambino possono costituire un importante contributo alla riparazione del legame

Esistono poche strategie di intervento con lo scopo di ridurre gli effetti dell'esposizione alla violenza nei primi 5 anni di vita.

Uno di questi è la psicoterapia genitore (madre)- bambino, un modello terapeutico che mira ad affrontare gli aspetti specifici della relazione che ostacolano lo sviluppo sano del bambino, sostenendo altri aspetti che promuovano l'evoluzione della relazione.

Curare la relazione madre-bambino racchiude in sé la garanzia della salute individuale sia del genitore sia del bambino (Lieberman & Van Horn, 1998).

La psicoterapia genitore-bambino è multidisciplinare, in quanto integra aspetti dell'interazione sociale, dell'intervento sulla salute mentale, dell'insegnamento e della giurisprudenza.

Gli obiettivi principali della terapia, proposti da Lieberman e Van Horn (2005), sono:

- aiutare i bambini a modulare le emozioni negative, ad esprimere i sentimenti in modo socialmente adeguato e a imparare modalità di riconoscimento e di rispetto delle motivazioni e dei sentimenti del genitore appropriati all'età;
- creare un ambiente di accudimento più sicuro e protettivo, incoraggiando ad amare, favorendo interazioni che promuovano uno sviluppo e una disciplina adeguati e facendo diminuire gli episodi di aggressività e di ritiro emotivo del genitore, aiutando così sia il genitore sia il bambino a diventare più sintonizzati e più responsivi nei confronti dei bisogni, dei sentimenti e delle motivazioni l'uno dell'altro;
- promuovere sia il funzionamento psicologico del genitore sia la sua competenza genitoriale, offrendo la relazione terapeutica come fonte di sostegno emotivo, di guida psicologica nell'autoriflessione e di assistenza effettiva nell'affrontare i problemi della vita quotidiana;
- intervenire sull'effetto che il trauma ha sulla relazione genitore-bambino e promuovere la relazione affinché divenga essa stessa un meccanismo protettivo capace di aiutare il bambino ad affrontare il trauma in maniera efficace;

- costruire una rete di significati condivisi all'interno della relazione, promuovendo la motivazione a comprendere e a rispettare il mondo interno dell'altro.

La psicoterapia genitore-bambino utilizza sei modalità di intervento principali per raggiungere questi obiettivi (Lieberman, Van Horn, 2005):

1. promuovere lo sviluppo attraverso il gioco, il contatto fisico e il linguaggio: le risposte sensibili ai segnali del bambino, il contatto fisico sicuro e sostenitivo, il gioco appropriato all'età e l'uso del linguaggio per spiegare la realtà e per esprimere i sentimenti con le parole rappresentano delle strategie per acquisire competenze di base che possano promuovere capacità nel bambino, quali stabilire relazioni affidabili, esplorare e imparare, chiarire i propri sentimenti, contendendo quelli travolgenti e correggere le percezioni errate. In particolare, per i bambini piccoli e di età prescolare, il gioco e il linguaggio vengono utilizzati come strumenti per affrontare la tematica del pericolo e della sicurezza e per creare un vocabolario di sentimenti che vada a sostituire l'uso di azioni distruttive per esprimere la rabbia, la paura e l'ansia da parte del minore;

2. offrire una guida riflessiva e non strutturata per lo sviluppo: tale guida è di tipo "non strutturato", in quanto non segue un protocollo predefinito ed è "riflessiva", perché promuove la "funzione riflessiva" (Fonagy et al., 2002), stimolando la madre ad esprimere le sue esperienze interiori ed intervenendo sul modo in cui i bambini comprendono e rispondono ad una situazione particolare. Ciò serve ad aiutare il genitore a capire e ad apprezzare la costruzione del mondo fatta dal bambino (Fraiberg, 1959; Lieberman, 1993);

3. creare comportamenti protettivi appropriati: intervento finalizzato al blocco di un comportamento progressivamente pericoloso del bambino. Tale modellamento da parte del terapeuta è seguito da una spiegazione riguardo le motivazioni che hanno portato alla messa in atto di una azione e da una richiesta alla madre, o anche al bambino, di riflettere su quanto è avvenuto, così da capire il pericolo potenziale e l'importanza di una azione protettiva;

4. interpretare sentimenti ed azioni: ciò consente sia al bambino sia al genitore di aumentare il proprio senso di consapevolezza interiore ed interpersonale, attribuendo un significato ai sentimenti disorganizzati e alle risposte e ai comportamenti incomprensibili. Ricorrere alle interpretazioni può aiutare le madri a diventare consapevoli della ripetizione inconscia del proprio passato nel presente, a correggere le loro percezioni distorte del bambino, e a consentire loro di apprendere delle modalità educative, adeguate allo sviluppo del figlio; può essere d'aiuto anche per il bambino, in modo che possa diventare consapevole delle proprie convinzioni inconse e disadattive e dei meccanismi di difesa;

5. fornire sostegno emotivo e comunicazione empatica: queste qualità sono presenti nel modo in cui il terapeuta si relaziona alla madre e al bambino. Gli interventi sostenitivi ed empatici offrono una speranza realistica rispetto al fatto che gli obiettivi terapeutici possano essere raggiunti, mediante anche la fiducia che si sviluppa attraverso l'accessibilità emotiva del terapeuta;

6. offrire un intervento volto alla gestione del caso e all'assistenza concreta ai problemi del quotidiano: si tratta di ricorrere ad azioni adeguate volte a prevenire o a recuperare le conseguenze di eventuali crisi familiari o di circostanze stressanti. Questa strategia viene normalmente utilizzata all'inizio del trattamento, in quanto le vittime di violenza domestica si trovano spesso a dover affrontare una varietà di stress reali che richiedono un'attenzione particolare ed immediata, a cui si aggiungono stress legati a problemi legali e a problemi scolastici del minore.

Generalmente, sia il genitore sia il bambino sono presenti alle sedute; in alcuni casi, però possono essere pianificate sedute individuali con il genitore per affrontare argomenti che è preferibile trattare privatamente, senza la presenza del bambino.

In genere, l'intervento, caratterizzato da sedute con cadenza settimanale, prevede tre tappe principali (Lieberman & Van Horn, 2005):

1. stabilire un processo di collaborazione e formulare l'intervento (I-III mese): i primi tre mesi vengono impegnati per sviluppare una relazione collaborativa con la famiglia. Il ruolo del clinico è quello di distribuire

equamente la sua attenzione, favorendo le attività condivise tra madre e bambino. In questa prima tappa si sviluppa la struttura della seduta; la più comune è quella rappresentata da un'interazione condivisa tra genitore, bambino e terapeuta. Quest'ultimo deve osservare il modo in cui il bambino e il genitore comunicano ed esprimono un sentimento positivo, e come gestiscono lo stress, il disaccordo e il conflitto, così da poter sviluppare, insieme alla madre, un piano di intervento condiviso e specifiche strategie di intervento;

**2.** chiarificazione e definizione delle aree identificate come problematiche (IV-VIII mese): questa seconda tappa si basa sulla formulazione iniziale e su tentativi di applicazione delle strategie di intervento. Il terapeuta presenta i punti di forza, i problemi da affrontare e le soluzioni individuate; inoltre incoraggia la diade ad attuare le strategie di problem solving interattive, in modo che queste siano apprese permanentemente;

**3.** restituzione e chiusura (IX-XII mese): nell'ultima tappa, giunti al termine del trattamento, il focus viene spostato dalle aree di difficoltà alle aree dei cambiamenti positivi che sono stati fatti, ripercorrendo insieme le esperienze specifiche e confrontandole tra la situazione attuale e quella iniziale. I sentimenti associati al lutto per il termine del trattamento (rabbia, tristezza, gratitudine, ecc...) vengono affrontati come elementi di riflessione. Essendo un momento delicato, la chiusura del trattamento va gestita con estrema cura e pianificata insieme, in modo collaborativo.

La psicoterapia madre-bambino si basa su interventi terapeutici flessibili, che vengono ideati per affrontare in modo specifico gli aspetti di tale relazione, che ostacolano lo sviluppo sano del bambino, e per sostenere la corretta evoluzione del rapporto con la madre.

## Conclusione

*“La violenza è tra noi,  
nelle nostre case  
e in quelle dei nostri amici.”  
(Il male che si deve raccontare, S.A. Hornby)*

La violenza di genere contro le donne è considerata dalla comunità internazionale, in seguito alla Dichiarazione di Vienna, una violazione dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle donne e una forte minaccia al loro pieno godimento. Tale violenza viene considerata come una manifestazione delle relazioni di potere storicamente ineguali tra uomini e donne, che ha portato nel corso dei secoli alla dominazione e alla discriminazione di queste ultime, impedendone il progresso sociale e culturale.

I maltrattamenti commessi da parte di un partner o ex partner hanno conseguenze negative sul piano psicofisico, sul piano dell'autonomia soggettiva della donna e sul piano sociale.

La violenza contro le donne, inoltre, influisce negativamente sui figli delle vittime.

I bambini che assistono a maltrattamenti e abusi nei confronti delle madri possono riportare danni negativi, sia per quanto riguarda la salute psicofisica, sia per quanto riguarda l'identità personale (Depalmas, Cilio, 2012).

Il fenomeno della violenza assistita intrafamiliare esiste da sempre, ma per lungo tempo è stato celato e tenuto nascosto all'interno delle mura domestiche e socialmente tollerato.

Solo recentemente, sono stati riconosciuti i gravi rischi che corrono i bambini che assistono alla violenza domestica, ovvero si è preso in considerazione “il danno subito dal vedere o udire il maltrattamento di una persona su un'altra” (Adoption and Children Act, 2002).

I minori vittime di questa forma di maltrattamento psicologico, nel momento in cui vengono accolti dai servizi e ascoltati, riferiscono di desiderare un ambiente sicuro e di avere bisogno di risposte circa la situazione che stanno vivendo, in modo da essere inclusi nelle discussioni e nelle decisioni che li riguardano direttamente (Mullender, 2002).

E', quindi, di fondamentale importanza, per il benessere dei minori e per la tutela del loro diritto a crescere in un clima familiare favorevole al loro sano sviluppo,

guardare alla famiglia come ad una potente risorsa, senza però trascurare o ignorare le difficoltà o le forme di disagio in cui essa può venire a trovarsi.

Per questo motivo, in molti paesi, si stanno diffondendo programmi di prevenzione nelle scuole e nelle comunità. Tali programmi hanno lo scopo di affrontare i pregiudizi che portano a concepire la violenza contro le donne come accettabile e di istruire i bambini vittime di violenza assistita riguardo i luoghi in cui poter chiedere aiuto e in cui poter essere ascoltati (Mullender et al, 2002).

La violenza domestica è un problema sociale molto diffuso, che ha effetti negativi e deleteri sia sugli adulti sia sui bambini che sono costretti ad assistervi.

Intervenire precocemente e in modo tempestivo per prevenire il cronicizzarsi di queste esperienze traumatiche è un obiettivo serio e concreto per tutti coloro che si occupano della protezione e della salvaguardia dei minori vittime di violenza.

E' importante offrire sostegno alle donne e ai loro figli, aiutandoli a definire la violenza che stanno vivendo, a ricostruire la propria autostima, la fiducia in se stessi e il legame che li unisce.

Fondamentale è anche la sensibilizzazione a livello sociale e istituzionale sulla diffusione e sui possibili danni determinati dalla violenza intrafamiliare, di cui i bambini sono oggetto sia direttamente sia indirettamente.

Nonostante siano stati fatti molti passi in avanti per quanto riguarda il riconoscimento pubblico della violenza domestica, la strada da percorrere per tutelare i diritti delle donne e dei bambini è ancora lunga. E' necessario un cambiamento culturale radicale, che porti a considerare la donna, non più come un oggetto, bensì come soggetto attivo della propria vita.

Solo così, i bambini avranno la possibilità di crescere in case tranquille e piene d'amore.

## Bibliografia

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of Strange Situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bateson G. (1955). *How the deviant see his society*. Conferenza tenuta al Congresso sul tema: The epidemiology of mental health, Brighton, Utah.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker-Weidman, A., & Hughes, D. (2008). Dyadic Developmental Psychotherapy: an evidence-based treatment for children with complex trauma and disorders of attachment. *Child and Family social work*, 13, 329-337.
- Bifulco, A., & Moran, P. (2007). *Il bambino maltrattato. Le radici della depressione nel trauma e nell'abuso infantile*. Roma: Astrolabio Ubaldini Editore.
- Black, D. (2005). Bambini e violenza domestica: come possiamo aiutarli? In R. Luberti, & M.T. Pedrocco Biancardi (a cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente* (pp.81-92). Milano: FrancoAngeli.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, vol. 1: Attachment (II ed.). New York: Basic Books (tr. it: *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, Torino: Bollati Boringhieri, 1975).
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock (tr. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Milano: Cortina, 1982).
- Brady, S. (2008, June). Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of eating disorders among both young men and women, *Journal of Traumatic Stress*, vol. 21, n.3, 347-351.
- Bruno, T. (1998). Violenza familiare e maltrattamento sulla donna. *Il seme e l'albero*, Istituto A. Devoto, anno IV, 2-3.
- Busoni, M. (2000), *Genere, sesso, cultura*. Roma: Carocci.
- Camuffo, M. (2006). *La salute mentale del bambino tra vulnerabilità, rischio e resilienza*. Relazione presentata alla Giornata di Studio: La salute mentale in età evolutiva. Arezzo.
- Carini, A. (2005), L'attenzione dei servizi sui bambini che assistono alla violenza in famiglia sui fratelli: una ricerca. In R. Luberti & M.T. Pedrocco Biancardi (a cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente* (pp. 149-156). Milano: FrancoAngeli.

- Carpenter, G.L., & Stacks, A.M. (2009). Developmental Effects of Exposure to Intimate Partner Violence: a review of the literature. *Elsevier: Child Youth Services Review*, 31, 831-839.
- Cicchitti, D., & Toth S.L. (1995), Child Maltratment and Attachment Organization. Implication for Intervention. In Golberg, S., Muir, R. & Kerr J. (a cura di), *Attachment Theory, Social, Developmental and Clinical Perspective*. Londra: The Analytic Press.
- CISMAI (2005). *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*.
- Cirillo, S. (1996). Il trattamento della famiglia violenta e le trasformazioni di un terapeuta sistemico. In M. Andolfi, C. Angelo, & M. De Nichelo (a cura di), *Sentimenti e sistemi*. Milano: Cortina.
- Corsano, P. (2007). *Socializzazioni. La costruzione delle competenze relazionali dall'infanzia alla preadolescenza*. Roma: Carocci Editore.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G., & Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 91-97.
- Davies, J., Lyon, E., & Monti Catania, D. (1998). *Safety Planning with Battered Women: complex lives/difficult choice*. Disponibile in [www.cheshire.gov.uk](http://www.cheshire.gov.uk).
- De Zulueta, F. (1999), *Dal dolore alla violenza*. Milano: Cortina.
- Depalmas, C., & Cilio, M.G. (2012). *La voce nel silenzio. La violenza assistita*. Roma: Aracne Editrice.
- Dèttore, D. (1999). Il trattamento delle vittime di abuso intrafamiliare. In D. Dèttore & C. Fuligni (a cura di), *L'abuso sessuale sui minori* (pp. 215-216). Milano: McGraw-Hill.
- Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*, Bologna: Il Mulino.
- Di Blasio, P., & Rossi, G. (2004). *Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: servizi e Centri presenti in Regione Lombardia*. Report di ricerca dell'università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.
- Drei, N. (2008). *La violenza assistita: un maltrattamento "dimenticato"-Dati epidemiologici ed analisi del contesto*. Disponibile in <http://www.pergialtri.it>.
- Edleson, J.L. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women*, 5.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Norderberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Markus, J.S. (2001). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. In Franey, K., Geffner, R.,

- Falconer, R. (EDS) (a cura di), *The cost of child maltreatment: who pays? We all do.* Family Violence and Sexual Assault Institute, S.Diego, CA.
- Fonagy, P. G. (2002). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento.* Milano: Cortina.
- Fonagy, P.G., Gergely, E.L., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York: Other Press (tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé,* Milano: Cortina, 2005).
- Fraiberg, S.H.(1959).*The magic years:understanding and handling the problems of early childhood.* Oxford: Charles Scribners' Sons (tr. it. *Gli anni magici,* Roma:Armando, 1970).
- Frisanco, R. (2011). *Spettatori e vittime: i minori e la violenza assistita in ambito domestico. Analisi dell'efficienza del sistema di protezione in Italia.* Rapporto nazionale realizzato nell'ambito del progetto europeo Daphne III:*Children witnesses of gender violence in the domestic context. Analyses of the fulfilment of their specific needs trough the protection system,* coordinato in Italia da Save the Children.
- Fruggeri, L. (1997). *Famiglie.* Roma: Carocci.
- Gargiullo, B.C., Damiani, R. (2010). *Vittime di un amore criminale.La violenza in famiglia: natura, profili tipologici, casistica clinica e giudiziaria.* Milano: Franco Angeli.
- Grotberg, E. (1996). *The international resilience project: research and application, in proceedings of the 53<sup>rd</sup> annual convention of ICP: Cross-cultural encounters.* Emily Miao (Ed), Taipei, Taiwan, General Innovation Service (GIS).
- Herman, J.L., Perry, J.C., & Van Der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry,* 146.
- Humphreys, J., & Campbell, C. (2004). *Family violence and nurcing practice.* Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- ISTAT (2007). *La violenza e il maltrattamento contro le donne dentro e fuori la famiglia.* Report di ricerca.
- Jaffe, P., Wolfe, D., & Wilson, S. (1990). *Children of Battered Women,* Sage Publications, Newbury Park & London.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during asolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry,*159.
- Kerley, K.R., Xu, X., Sirisunyaluck, B., & Alley, J.M. (2010). Exposure to family violence in childhood and intimate partner perpetration or victimization in adulthood:exploring intergenerational transmission in Urban Thailand. *J Fam Viol,* 25, 337-347.

- Levendosky, A.A., Bogat, G.A., Huth-Bocks A.C., Rosenblum, K., & Von Eye, A. (2011). The effects of Domestic Violence on the stability of attachment from infancy to preschool. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, 398-410.
- Lieberman, A.F. (1993). *The emotional life of the toddler*. New York: The Free Press.
- Lieberman, A.F., & Van Horn, P. (1998). Attachment, trauma and domestic violence: implications for child custody. In M.K. Pruett & D. Kline (a cura di), *Child custody. Child and adolescent psychiatric clinics of North America* (pp.423-443). Philadelphia: Saunders.
- Lieberman, A.F., & Van Horn, P. (2005). *Don't hit my Mommy! A manual for Child-Parent Psychotherapy with young witness of family violence*. Washington D.C.: Zero to Three Press (tr. it: *Bambini e violenza in famiglia*, Bologna: Il Mulino, 2007).
- Luberti, R. (2005). Violenza assistita da minori in ambito familiare: caratteristiche, dinamiche e percorsi di intervento. In R. Luberti & M.T. Pedrocco Biancardi (a cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente* (pp. 31-62). Milano: FrancoAngeli.
- Luberti, R. (2006). Violenza assistita: un maltrattamento dimenticato. Caratteristiche del fenomeno e conseguenze. In D. Bianca, & E. Moretti (a cura di), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*. Questioni e Documenti. Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza: Istituto degli Innocenti di Firenze, n.40.
- Luberti, R., & Moscati, F. (2001). *Il lavoro di gruppo con donne che hanno subito abuso sessuale nell'infanzia*. II Convegno Nazionale, CISMAI. Cosenza: Rende.
- Luberti, R., Pedrocco Biancardi, M.T. (2005). *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente* (a cura di). Milano: FrancoAngeli.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton & M. Yogman (Eds) (a cura di), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood: Ablex.
- Malacrea, M. (1998). *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Malacrea, M., (2004). Il buon trattamento: un'alternativa multiforme al maltrattamento infantile. *Cittadini in crescita: Rivista del centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza di Firenze*, 1.
- Malacrea, M., & Lorenzini, S. (2002). *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*. Milano: Raffaello Cortina.

- Manna, G., & Como, M.R. (2010). *Le tecniche grafiche come strumento di valutazione del trauma infantile*. Milano: FrancoAngeli.
- Marshall, L.L. (1992). Development of severity of violence against women scales. *Journal of Family Violence*, 7, 103-121.
- Mazzeo, S.E., & Espelage, D.L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disorder eating behaviours in female undergraduates: an investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 86-100.
- Meloni, M.D., & Cilio, M.G. (2009). *Il legame di attaccamento educatrice-bambino. Studio della relazione educatrice-bambino all'interno dell'Asilo Nido*. Università degli Studi di Cagliari: Tesi di Laurea non pubblicata.
- Militerni, R. (2009). *Neuropsichiatria Infantile (IV Ed.)*. Napoli: Idelson Gnocchi.
- Mills, E., & Kellington S. (2012, March). Using group art therapy to address the shame and silencing surrounding children's experience of witnessing domestic violence. *International Journal of Art Therapy*, 17, 3-12.
- Mitchell, K.S., & Mazzeo, S.E. (2005). Mediators of the association between abuse and disordered eating in undergraduate men. *Eating behaviours*, 6, 318-327.
- Moffit, T.E., & Caspi, A. (1998). Annotation: Implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *J. Child Psychol. Psychiat*, 2, 137-144.
- Montecchi, F., Bufacchi C., & Viola, S. (2002). L'accoglienza dei bambini testimoni di violenza. *Rivista di Psicoterapia relazionale*, 15.
- Monteleone, J.A. (1999). *Gli indicatori dell'abuso infantile: gli effetti devastanti della violenza fisica e psicologica*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Moscato, F. (2005). Percorsi di riparazione nelle vittime di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. In R. Luberti & M.T. Pedrocco Biancardi (a cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente* (pp.93-115). Milano: FrancoAngeli.
- Mullender, A., Hague, G., Imam, U., Kelly, L., Malos, E., Regan L. (2002). *Children's perspectives on domestic violence*. London: Sage.
- Neumark-Sztainer, D., et al. (2000). Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychological factors. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 249-258.
- Norwood, R. (2007). *Donne che amano troppo*. Milano: Universale Economica Feltrinelli.

- Pedrocco Biancardi, M.T. (2005). Vedere il fratello o la sorella maltrattati: una gamma sorprendente di reazioni. In R. Luberti & M.T. Pedrocco Biancardi (a cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente* (pp. 157-172). Milano: FrancoAngeli.
- Pedrocco Biancardi, M.T., Talevi, A. (2010). *La voce nei bambini nel percorso di tutela. Aspetti psicologici, sociali e giuridici* (a cura di). Milano: FrancoAngeli.
- Reid, S. (2003). Il gruppo come cura. La psicoterapia di gruppo con bambini e adolescenti. In M. Lanyado & A. Horne (a cura di), *Manuale di psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza. Approcci psicoanalitici*. Milano: Franco Angeli.
- Roberts, A.L., Gilman, S.E., Fitzmaurice G., Decker, M.R., & Koenen, K.C. (2011, November). Witness of Intimate Partner Violence in childhood and perpetration of Intimate Partner Violence in adulthood. *Epidemiology*, 21, 809-818.
- Rollo, D., & Cilio, M.G. (2010). L'osservazione e la valutazione delle emozioni. In D. Rollo & M. Pinelli (a cura di), *Osservare e valutare lo sviluppo. Metodi e strumenti* (pp. 86-113). Milano: FrancoAngeli.
- Rosselletti, B. (2010). *Violenza assistita di genere in ambito domestico. Spunti per percorsi di consultazione con ragazzi e ragazze*. Rapporto Nazionale realizzato nell'ambito del progetto europeo Daphne III: *Children witnesses of gender violence in the domestic context. Analyses of the fulfilment of their specific needs trough the protection system*, coordinato in Italia da Save the Children e dal Garante per I diritti all'infanzia e all'adolescenza della Regione Lazio.
- Rossmann, B.B.R., Hughes, H.M., & Rosenberg, M.S. (2000). *Children and interparental violence: The impact of exposure*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Santrock, J.W. (2008). *Psicologia dello sviluppo*. Milano: McGraw-Hill.
- Schwartz, D., & Proctor, L.J. (2000). Community violence exposure children's social adjustment in the school peer group: the mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 670-683.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and the disorders of the self*. New York: Norton.
- Segantini, A., & Cigalotti, C. (2013). *Violenza domestica su donne e minori*. Modena: Athena.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Sellini, M., & Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Siddi, A., & Rollo, D. (2008). *Maltrattamento e abuso in età evolutiva*. Università degli Studi di Cagliari: Tesi di Laurea non pubblicata.

- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 22, 225-262.
- Soavi, G., & Carini, A. (2001). Percorsi terapeutici individuali. In A. Carini, M.T. Pedrocco Biancardi, & G. Soavi (a cura di), *L'abuso sessuale intrafamiliare, manuale di intervento* (p. 262). Milano: Cortina.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E.A., & Collins, W.A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford.
- Stice, E., Fisher, M., & Martinez, E. (2004). Eating Disorder Diagnostic Scale: additional evidence of reliability and validity. *Psychological Assessment*, 16, 60-71.
- Stith, S.M., et al. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: a meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 640-654.
- Tamiazzo, G. (2006). *Maltrattamento infantile e successive difficoltà di adattamento nel ciclo di vita* Università degli Studi Milano-Bicocca: Tesi di Laurea non pubblicata.
- Tarabulsky, G.M., Bernier, A., Provost, M.A., Maranda, J., Larose, S., Moss, E., et al. (2005). Another look inside the gap: Ecological contributions to the transmission of attachment in a sample of adolescent mother-infant dyads. *Developmental Psychology*, 41, 212-224.
- Telleri, F. (1996). *Essere genitori oggi*. Bologna: Edizioni Martina.
- Thompson, K.M., & Wonderlich, S.A. (2004). Child sexual abuse and eating disorders. In K. Thompson (a cura di), *Handbook of eating disorders and obesity* (p. 679-694). Hoboken, NJ: Wiley.
- Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). L'attaccamento disorganizzato nella prima infanzia: meta-analisi dei precursori, dei fattori concomitanti e delle conseguenze. In E. Camisasca (a cura di) (2001), *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, vol. 3, n. 3.
- Walker, L.E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1971). *Pragmatica della comunicazione umana*. New York: Pergamon Press.
- Wilson, S., Becker, C., & Tinker R. (1995). EMDR treatment for psychologically traumatised individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 928-937.



## **Ringraziamenti**

Desidero ringraziare:

Le operatrici e le volontarie dell'*Associazione Casa delle Donne contro la Violenza Onlus* di Modena per avermi spiegato il significato di violenza all'interno della famiglia e come combatterla, per avermi insegnato a guardare il mondo con occhi diversi e ad ammirare la forza delle donne maltrattate e dei loro bambini; infine per avermi mostrato che c'è sempre una speranza.

I miei genitori, miei mentori ed eroi, che mi hanno permesso di arrivare fino a qui, senza chiedere nulla in cambio, e che hanno creduto, e credono, in me.

Mio fratello, luce dei miei occhi, che deve sopportare il mio cattivo umore e la mia cucina.

Matteo, per la pazienza, l'amore, l'amicizia e perché si prende cura di me.

La mia famiglia, tutta, per essere la mia roccia.