

Paola Miglioranzì
Pediatra di famiglia, Verona

Continuiamo a parlare di violenza assistita Le conseguenze e la terapia

La violenza domestica assistita può incidere a livello comportamentale, psicologico, sociale, cognitivo, fisico e l'evoluzione del danno è legata non solo a fattori relativi all'età, al livello evolutivo, al tipo e alla gravità delle violenze a cui il bambino ha assistito, al contesto familiare e ad eventuali altri fattori di stress associati, ma anche – in termini peggiorativi oppure riparativi – alla qualità dell'intervento sociale e allo sviluppo e all'esito degli interventi giudiziari. Essa incide sui processi di sviluppo del bambino, sulle capacità genitoriali e sulle relazioni tra fratelli e tra adulti e bambini.

Nel **primo anno** di vita i bambini che vivono in situazioni di violenza domestica manifestano disorganizzazione sensomotoria e mancata regolazione dei ritmi biologici, pianto intenso e prolungato, insensibilità al conforto, agitazione motoria, ipertono muscolare, disturbi dell'alimentazione, disturbi del sonno con difficoltà di addormentamento, risvegli frequenti, incubi; problemi sfinterici (stipsi e diarrea), comportamento sottomesso, tristezza, insensibilità agli stimoli. **Dopo l'anno**, essendo in grado di muoversi autonomamente, i bambini mettono in atto meccanismi di attacco e fuga, con frequenti incidenti, inibizione dell'esplorazione, precoce cura di sé. Più tardi i bambini cercano di capire i rapporti di causalità tra gli eventi, si autocolpevolizzano, pensando di essere, in quanto *cattivi*, la "causa" degli scoppi di violenza e di essere *privilegiati* rispetto ai familiari vittime di violenza diretta; si sentono inoltre *impotenti* perché non riescono a modificare la situazione. Essi sperimentano l'ambivalenza per la coesistenza di paura, rabbia e desiderio di vicinanza,

cosa che sfocia poi in comportamenti esternalizzati o internalizzati, nonché in forme di autonomia precoce. Di Blasio (2000) riferendosi alla violenza domestica e ai conflitti coniugali, dice 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 ripetuta di impotenza riduce, fino ad annullare, le risorse e le capacità di coping, con forte senso di fallimento.

Si rilevano: ipereccitabilità, iperallarme, inquietudine, aggressività, crudeltà verso gli animali, tendenza all'atto, immaturità, scarse abilità motorie, minori competenze sociali e prosociali, comportamenti regressivi, comportamenti autolesivi, livelli più bassi di interazioni affettive con altri bambini, scarse abilità verbali e visivo-spaziali dovute alla depressione materna e alla qualità scadente dell'ambiente familiare, disturbi dell'apprendimento con difficoltà scolastiche, uso di alcool, anche da parte di bambini piccoli.

Negli anni si sono moltiplicati gli studi in relazione agli effetti neurobiologici del trauma precoce, che hanno rilevato anomalie a livello cerebrale. Per quanto riguarda l'aver visto atti di violenza domestica, soprattutto in un'età compresa tra i 7 e i 13 anni, quando vi è un picco nell'attività mielinizzante e la visione ha maggior effetto, sono state trovate alterazioni a carico della sostanza bianca, a livello del fascicolo longitudinale inferiore (fibre associative lunghe) il quale collega la corteccia del lobo occipitale con la corteccia del lobo temporale, e fa parte della via visivo- limbica. Tali anomalie si assocerebbero a depressione, ansia, dissocia-

zione. Gli effetti sul cervello in formazione sono diversi per ogni specifico tipo di abuso, ma in generale si può affermare che queste differenze possono essere spiegate come modificazioni di sistemi sensoriali e percorsi che portano le esperienze avverse a consapevolezza, quasi un modo per attenuare gli effetti di esposizioni ripetute e ridurre così il dis-stress. Inoltre queste modificazioni possono cambiare come un individuo risponde a ricordi traumatici, alterandone la percezione conscia ma tuttavia lasciando intatte le vie trasmissive sottocorticali che provvedono a un itinerario inconscio verso circuiti che possono generare una risposta comportamentale ed emozionale rapida alle minacce.

Lo studio ACE (*Adverse Childhood Experiences*) ha rilevato che le esperienze avverse infantili, includenti l'abuso fisico, psicologico e sessuale, la violenza contro la madre e il convivere con membri della famiglia che abusano di sostanze, che abbiano problemi psichici, tendenze suicide, o che siano stati incarcerati, possono contribuire molti anni più tardi allo sviluppo di malattie croniche che possono portare a disabilità e a morte precoce. Una forte associazione è stata rilevata tra il numero delle esperienze avverse infantili e comportamenti a rischio, fumo, inattività fisica, alcolismo, abuso di droga, promiscuità sessuale senza protezione, malattie sessualmente trasmissibili, obesità, depressione, tentato suicidio. Inoltre, maggiore è il numero di esperienze negative infantili, maggiore è la probabilità di sviluppare problemi cardiaci, ictus, diabete, cancro, fratture scheletriche, malattie epatiche.

Disturbo acuto e post-traumatico da stress. Come in tutte le altre forme di abuso all'infanzia, anche l'assistere alla violenza in famiglia può causare un disturbo acuto da stress e un disturbo post-traumatico da stress (DPTS). Il disturbo da stress si definisce acuto se inizia in genere subito dopo il trauma e dura da 3 giorni a 1 mese. Il disturbo post-traumatico da stress può essere una continuazione del disturbo acuto da stress o può manifestarsi fino a 6 mesi dopo il trauma e durare più di 1 mese. A causa della differenza nella vulnerabilità e nel temperamento, non tutti i bambini esposti a un grave evento traumatico sviluppano un disturbo da stress. Eventi traumatici associati comunemente con queste patologie comprendono aggressioni, stupri,

incidenti automobilistici, attacchi da parte di cani, e traumi (soprattutto ustioni). In un bambino piccolo, la violenza domestica è la causa più frequente di disturbo post-traumatico da stress. I bambini non devono necessariamente sperimentare direttamente l'evento traumatico; possono sviluppare un disturbo da stress se sono testimoni di un evento traumatico, che sta accadendo ad altri od imparare che si è verificato ad un membro della famiglia.

I sintomi del disturbo acuto da stress e del disturbo post-traumatico da stress sono simili e comportano generalmente una combinazione dei seguenti elementi:

- **sintomi di intrusione:** ricordi o sogni ricorrenti, involontari, ed angoscianti dell'evento traumatico (nei bambini di età inferiore ai 6 anni, può non essere chiaro se i loro sogni spiacevoli siano legati alla manifestazione); reazioni di dissociazione (in genere flashback in cui i pazienti rivivono il trauma, i bambini possono spesso rimettere in scena l'evento in gioco); e il disagio a fattori scatenanti interni o esterni che ricordano alcuni aspetti del trauma (ad es., vedendo un cane o qualcuno che assomiglia a un aggressore);
- **sintomi di evitamento:** evitamento persistente di ricordi, sentimenti, o promemoria esterni del trauma;
- **alterazioni della cognizione e/o dell'umore:** incapacità di ricordare aspetti importanti dell'evento traumatico, pensare in modo distorto alle cause e/o alle conseguenze del trauma (ad es., che loro sono da biasimare o che avrebbero potuto evitare l'evento mediante determinate azioni), una diminuzione delle emozioni positive e un aumento delle emozioni negative (paura, senso di colpa, tristezza, vergogna, confusione), generale mancanza di interesse, ritiro sociale, una sensazione soggettiva di intorpidimento, e un'aspettativa breve del futuro;
- **alterazioni dell'eccitazione e/o della reattività:** nervosismo, risposte di allarme esagerate, difficoltà nel rilassarsi, difficoltà nel mantenimento della concentrazione, sonno disturbato (talvolta con incubi frequenti), e comportamento aggressivo o incauto;
- **sintomi dissociativi:** sentirsi alienato dal proprio corpo come in un sogno e sensazione che il mondo sia irreale.

I bambini con il disturbo post-traumatico da stress presentano rievocazioni intrusive che fanno vivere loro di nuovo l'evento traumatico. La forma più grave di rievocazione è il flashback, che può essere spontaneo ma il più delle volte è scatenato da qualcosa che si associa con il trauma originale. Per esempio, la vista di un cane può innescare un flashback nei bambini che sono stati attaccati da un cane. Durante un flashback, i bambini possono cadere in uno stato di terrore ed essere inconsapevoli di ciò che accade intorno a loro mentre cercano disperatamente un modo per nascondersi o scappare; essi possono perdere temporaneamente il contatto con la realtà e credere di essere in grave pericolo. Alcuni bambini hanno incubi. Quando i bambini rivivono l'evento traumatico con altre modalità (ad es., un pensiero, delle immagini mentali, delle rievocazioni), essi mantengono la consapevolezza dell'ambiente circostante, anche se possono ancora restare fortemente turbati.

La diagnosi di disturbo acuto da stress e di disturbo post-traumatico da stress si basa sull'anamnesi dell'esposizione a un trauma estremamente grave e spaventoso seguito dalla presenza di rievocazioni, insensibilità emotiva, e disforia. Tali sintomi devono essere abbastanza gravi da interferire con le attività quotidiane o provocare deficit o disagio.

RESILIENZA

Per fortuna ci sono anche bambini, o persone in generale, che rispondono in modo positivo alle avversità che incontrano nella vita. Una significativa percentuale di vittime non riporta alcun esito psicopatologico: riescono ad assorbire, metabolizzare e normalizzare l'esperienza traumatica subita. Per descrivere questo la psicologia ha preso in prestito un concetto dalla scienza, **resilienza**, termine che indica la proprietà che alcuni materiali hanno di conservare la propria struttura o di riacquisire la forma originaria dopo esser stati sottoposti a schiacciamento o deformazione. In psicologia essa connota la capacità delle persone di *far fronte agli eventi critici, stressanti e traumatici e di riorganizzare in maniera positiva la propria vita*. Non è solo capacità di resistere ma di ricostruire la propria dimensione, il proprio percorso di vita, trovando una

nuova chiave di lettura di sé, degli altri e del mondo, scoprendo una nuova forza per superare le avversità, riducendo gli effetti negativi del trauma. Essa trae origine da influenze protettive sia interne alla persona sia esterne, dell'ambiente, che operano insieme nel produrre le differenze personali di reazione allo stress o al trauma.

LA TERAPIA

Il ripristino di una condizione di sicurezza ambientale e personale che possa gradualmente far cessare lo stato di allarme continuo e concedere così spazio ad un lavoro psicologico di rielaborazione, è la prima e imprescindibile tappa da raggiungere nel lungo e complesso cammino per la riparazione del danno. Bisogna infatti tener conto che, fintanto che la sicurezza non viene ripristinata, il sistema di difesa resta attivo, inibendo le funzioni mentali superiori che favoriscono l'integrazione degli schemi cognitivi con quelli emozionali. La sicurezza è un obiettivo primario e continuo, solo quando è stata ripristinata una condizione di sicurezza esistenziale i bambini possono sentire e comprendere profondamente quanto la relazione violenta di cui hanno fatto esperienza sia sbagliata.

Per gli esiti di esperienze traumatiche l'OMS orienta i professionisti all'adozione di un modello "ecologico" di intervento ispirato a quello di Bronfenbrenner (1979). I presupposti su cui esso si basa è che le situazioni connotate da violenza siano l'esito dell'interazione di diversi fattori: individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali. Ne consegue che la riparazione del danno dovrebbe tener conto e agire a questi differenti livelli. Primaria l'attenzione al piccolo paziente, con il quale promuovere una riparazione degli eventi traumatici che rischiano altrimenti di fissarsi in modelli operativi che distorcono la percezione della realtà, e alla figura adulta di riferimento (in genere la madre), affinché riesca ad offrire al proprio figlio una esperienza emozionale correttiva. La più recente letteratura propone un intervento psicoterapeutico concentrato sulla relazione genitore-figlio.

Ai vari tipi di terapia psicologica cognitivo-comportamentale è stata recentemente accostata, per validità e risultati, la psicoterapia EMDR (*Eye Movement*

Desensitization and Reprocessing) (WHO, UNHCR 2010). Essa introduce un nuovo modo di vedere la patologia, che infatti viene considerata un'informazione immagazzinata in modo non funzionale. La nuova terapia non si focalizza tanto sui sintomi (solo all'inizio utilizzati per risalire agli eventi di cui sono effetto e a cui sono affettivamente associati), bensì sui residui mnemonici dell'evento. La terapia EMDR fa rivivere al paziente il trauma, nella sicurezza del setting terapeutico. Nelle prime fasi del protocollo la psicoterapia EMDR, ha infatti come obiettivo la messa in sicurezza e la stabilizzazione del paziente raggiungibile con opportune tecniche. L'esposizione, solo iniziale, all'immagine peggiore del target è, quindi, parte di un protocollo messo a punto sulla base dell'esperienza consolidata di centinaia di casi. Questo è in grado di provocare un processo elaborativo di desensibilizzazione e elaborazione, nella massima sicurezza, che esita nella conservazione del ricordo reso inerte, non più in grado di provocare emozioni e sensazioni corporee disregolanti, ristrutturato cognitivamente, portatore di nuovi significati e risorse.

L'EMDR è un metodo per il trattamento del trauma che agisce a livello neurofisiologico, basato sulla stimolazione emisferica alternata dei due emisferi cerebrali, tramite movimenti oculari indotti mentre il paziente si focalizza sugli elementi dell'esperienza traumatica. L'inizio della elaborazione è segnalato dalla diminuzione delle sensazioni disfunzionali legate al ricordo, sostituite dalla comparsa di espressioni verbali, di comportamenti, di emozioni e di sensazioni corporee che indicano uno stato del cervello e del Sistema Nervoso Autonomo nuovamente fisiologiche. Quando il ricordo traumatico è completamente rielaborato, anche le

percezioni della realtà cambiano: prima gli eventi del presente erano potenziali suggeritori di inneschi, che riattivano i malesseri provocati dall'evento traumatico (trigger), ora finalmente, essi cominciano ad essere percepiti come coerenti alla loro realtà. Il cambiamento di prospettiva cognitiva dell'evento doloroso è segnalato dalla possibilità di farne una narrativa serena, priva di emozioni e sensazioni corporee disturbanti.

“... il dolore è come il rumore dell'erba che cresce. Ogni giorno, di poco o di tanto, l'erba cresce sino a morire. E crescendo fa rumore. Ad alcuni può sembrare una dolce melodia, ad altri un frastuono. Ma fa rumore. Eppure solo pochi lo riescono a sentire. Anche il dolore, quello dei bambini soprattutto, è così. Per alcuni non si sente, mentre per altri è insopportabile”

(Il rumore dell'erba che cresce,
Marco Scarpati, Ed. Infinito, 2006)

Bibliografia

- Brofenbrenner U. *Ecologia dello sviluppo umano*. Il Mulino ed. 2002.
- Choi J, Jeong B, Polcari A, et al. *Reduced fractional anisotropy in the visual limbic pathway of young adults witnessing domestic violence in childhood*. *Neuroimage* 2012;59:1071-9.
- Felitti VJ, Anda RF. *The relationship of adverse childhood experiences to adult health, well-being, social function, and health care*. In: Lanius R, Vermetten E, Pain C, editors. *The effects of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic* (chapter 8). Cambridge University Press 2010.
- Luberti R, Grappolini C, a cura di. *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli. Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*. Erickson Ed. 2017.
- World Health Organization. *UNHCR: Mental Health Gap Action Programme. L'assessment e la gestione dei disturbi specifici legati allo stress* - 2010. www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.