Psicologi & Psicologia in Sicilia



Notiziario dell' Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana

Luglio 2025

"Il lavoro clinico e la violenza relazionale"

Parte 1

Indice

4 Riflessioni

Violenza e clinica contemporanea di Calogero Lo Piccolo

8 Riflessioni

Arianna e il minotauro: un labirinto relazionale di Marilena Maglia, Mario Santagati, Francesco Carmelo Suraniti, Umberto Teghini

12 Riflessioni

Relazioni che feriscono: riflessione clinica, il ruolo del professionista nella prevenzione, valutazione e trattamento della violenza di Giuseppina Serena Malaponti

17 Esperienze cliniche

Dal controllo alla consapevolezza: nuove strade per contrastare la violenza relazionale

di Elisa Breci e Chiara Gattuso

20 Riflessioni

Cuori fragili: quando l'adolescenza si confronta con la violenza di Valentina Pantano

23 Esperienze cliniche

Il Legame che Ferisce: Diagnosi e Trattamento della Violenza nelle Relazioni Affettive

di Concetta Mezzatesta

Indice

30 Riflessioni

Il lavoro clinico e la violenza relazionale: un metodo di intervento di Bartolomeo Favacchio

33 Esperienze cliniche

Il lavoro clinico e la violenza relazionale: tra manipolazione, vergogna e riscatto di Cristina Moretti

35 Riflessioni

In stanza di terapia: oltre il sintomo, dentro la trama di Antonietta Germanotta

38 Esperienze progettuali

Lo Sportello Psicologico Itinerante "Reboot Now": un modello replicabile di supporto psicologico clinico nelle scuole e di sensibilizzazione alla violenza relazionale

di Laura Grillo, Ennio Iannitto, Annaclaire Turco, coautrice Francesca Barbino

41 Recensioni

"La clinica gruppoanalitica oggi, in Italia. Inquadramenti teorici ed esperienze nel sociale" e "Il lavoro clinico con i gruppi. Metodologia operativa e esperienza contemporanea a cura di Girolamo Lo Verso"

di Calogero Lo Piccolo

Riflessioni

Violenza e clinica contemporanea

di Calogero Lo Piccolo

Succede sempre più spesso che i cruenti fatti di cronaca entrino direttamente nelle trame dei discorsi dei pazienti, soprattutto in gruppo, soprattutto da parte dei pazienti più giovani. Che si interrogano sgomenti e ci interrogano. Dopo l'ennesima uccisione di una giovane donna, una ancora più giovane donna chiede al gruppo che cosa significa che un loro coetaneo, o poco più, abbia accoltellato una poco più che coetanea, a pochi chilometri da qui peraltro.

E che qualche settimana dopo, un adolescente racconti gli attimi di grande tensione vissuti al sapere che la ragazzina cui è molto affezionato, si trovava in piazza nel momento esatto in cui altri ragazzi poco più grandi facevano fuoco con le pistole a seguito di una rissa, uccidendo tre ragazzi.

E che ancora in un'altra seduta di gruppo lo stesso vissuto amplificato venga raccontato da un giovane adulto che ha tutte le radici affettive poste in quella piazza, tra quelle strade, che ha visto direttamente coinvolti tante persone care, in prevalenza ragazze e ragazzi.

Per non parlare dello sfondo continuo della macropolitica, di Gaza e della guerra mondiale diffusa.

Come si contiene e si elabora tutto ciò in terapia? Quali categorie disponiamo per accogliere l'indicibile e farcene qualcosa? Come possono gli adulti dialogare con la generazione che si è autonominata *ultima generazione*? Cosa raccontare del mondo agli adolescenti senza mondo?

Nessuno dispone risposta, ma lo spazio terapeutico è uno spazio prezioso per elaborare pensare condiviso, sentire condiviso. E lo spazio del gruppo è anche uno spazio politico nel senso più radicale del termine, praticato e riconosciuto con gratitudine in quanto tale da tutti i partecipanti.

E in quello spazio i temi universali si riflettono nei temi personali, e viceversa, acquisendo una luce diversa.

Viviamo da un paio di decenni nel ritrovato tempo della sopraffazione e dell'abuso.

Questa è la cifra del sentire politico prevalente, che si incarna nella scelta di leader sempre più autoritari, sempre più estremisti, sempre più portatori del risentimento e del disprezzo feroce verso qualsiasi forma di diverso da sé.

Intercambiabili tra loro.

Trump, Netanyahu, Bolsonaro, Millei, Orban, Vannacci, poco conta.

Ciascuno di loro incarna il modello del bullismo estremo, quello per cui qualsiasi regola vale pur di annientare l'avversario trasformato in nemico, fino all'annientamento fisico, ovviamente.

Gaza è tutto ciò, con il portato di impunità e impotenza generale che complessivamente elicita.

In mezzo a questo modello crescono le nuove generazioni, senza nessuno spiraglio di possibilità e giustizia, ancora meno di verità.

Non è soltanto per la gravissima crisi climatica, a sua volta figlia dell'impotenza e della malafede dei governanti del mondo.

C'è una radicale crisi del valore dell'equità. Che il mondo sembra aver rigettato in maggioranza. Ultima generazione.

Come si vive in mezzo a questa crisi? Mi adatto o soccombo, o diserto dal mondo, per ciò che mi è possibile?

Le possibili conseguenze di ciascuna scelta sono facilmente intuibili, anche in termini di possibili configurazioni psicopatologiche.

Se funziona così, se il mondo è a misura di bullo, allora è naturale che io giri armato e che se qualcuno mi rimprovera o mi dica o faccia alcunché di spiacevole, io usi l'arma a disposizione.

E purtroppo il piano della identificazione è soltanto uno dei piani possibili di lettura intervenienti, forse il più evidente e superficiale paradossalmente.

Anche se da non trascurare.

Le continue uccisioni di donne rientrano in una casistica purtroppo talmente ampia da non poter certo essere ricondotte a univoche direttive di lettura.

Uomini che odiano le donne hanno presumibilmente motivazioni molto diverse che albergano al loro interno buio.

La cultura patriarcale del possesso certamente è lo sfondo comune, ma temo non possa essere la chiave universale per interpretare tutto.

In molte storie c'è il risentimento accumulato in decenni di maltrattamenti, a volte reciproci. In altre la psicopatia di alcuni uomini che trova nelle donne un bersaglio facile.

In altre ancora una enorme vigliaccheria di uomini non disposti a pagare il prezzo di scelte incaute. A volte prevalentemente sentimenti di vendetta per presunti torti subiti.

Ma forse non è un caso che a fare più rumore siano stati dei casi che per molti versi esulano da queste classificazioni sommarie.

Filippo Turetta e Giulia Cecchettin su tutti, ma anche Sara Campanella e Stefano Argentino, per finire con la giovanissima Martina Carbonaro e Alessio Turci.

Uomini giovani e giovanissimi ossessionati da giovani e giovanissime donne, che semplicemente non volevano le stesse cose, e che per questo sono state uccise in strada brutalmente. Esiste un nome possibile per queste ossessioni? Dove le andiamo ad inscrivere? Nel campo amoroso, nel campo del desiderio erotico o in che altro?

Cosa veramente delegavano in queste giovani donne questi maschi immaginariamente? Forse occorre fare un salto.

Ampio.

L'ossessione per la relazione amorosa oggi sembra più presente che mai nei vissuti di tanti. Forse è sempre stato così, per certi aspetti, essendo il bisogno di sentirsi amato uno dei bisogni fondamentali.

Ma nella contemporaneità mi pare di cogliere una certa dismisura nelle proporzioni raggiunte da questo bisogno.

Che entra in azione in modo molto precoce. Che non è più il desiderio di sperimentazione affettiva e erotica che sempre ha accompagnato tutte le generazioni.

Se nella mia generazione la ricerca prevalente

era probabilmente centrata sul possibile partner di giochi erotici e sessuali, anche affettivi, oggi i termini sembrano essersi capovolti. La ricerca è più per la stabilità affettiva che per altro. Avere un compagno o una compagna è più

Avere un compagno o una compagna è più importante di tutto, anche della sperimentazione del desiderio erotico.

Cosa che ovviamente complica molto la questione, mettendo in campo molte più paure di quelle sperimentate un tempo.

Prima i dubbi vertevano molto su se stessi, sulla propria prestanza e la propria abilità, con tutte le ansie da prestazione che venivano attivate.

Oggi il primo dubbio sembra vertere sull'affidabilità dell'altro. Sempre.

Il tutto aggravato dal fatto che in un mondo sempre più solitario e liquido, il mezzo primario di contatto sono diventati i social.

Ovviamente l'uso delle app di incontro non riguarda affatto soltanto gli adolescenti. Ci sarebbe da ragionare molto su tutti gli adulti che usano Tinder o mezzi analoghi.

Non certo in termini moralisti, ma certamente in termini pragmatici, sulla corrispondenza tra bisogno e mezzo per soddisfarlo, e sulla confusione di livelli che il mezzo ingenera, ampliando a dismisura le paure, le ambivalenze e le resistenze reciproche.

Se fossero più chiaramente usati come mezzi di incontro sessuale probabilmente sarebbe tutto molto più semplice per tutti.

Ma tornerei alla questione di partenza.

Cosa implica questa ricerca a volte compulsiva del partner amoroso? Cos'è questa dismisura? Verrebbe da pensare che anche questo sia un sintomo della impraticabilità del mondo nella sua propria dimensione sociale.

Uno dei punti estremi del ripiegamento nel privato e nell'isolamento.

Come se soltanto dentro una micro bolla posso trovare un qualche briciolo di identità. Un circolo vizioso di cui possiamo cogliere in abbondanza altri segni.

Ad esempio nella musica pop contemporanea. Musica fatta in cameretta, come ci ripetono in qualsiasi talent. Musica non suonata con gli altri, ma prodotta. E testi che non alzano quasi mai lo sguardo dal proprio ombelico, non interessati a narrare altro mondo che il proprio, il proprio malessere, la propria bolla.

D'altra parte, che mondo potrebbero abitare gli adolescenti senza mondo che abbiamo generato? Non è soltanto la questione del sessismo spesso presente in questi testi, o della violenza o dell'omofobia, o di tutto ciò messo assieme. Anche questo è un sintomo del ripiegamento, non si sa quanto scelto o forzato.

Se è molto complesso costruire una identità in genere, sempre lo è stato, oggi lo è un po' di più, perché il terreno su cui seminare è sempre meno fertile e più avvelenato.

Essere il 'compagno di... ' può apparire come un ancoraggio irrinunciabile, pena lo smarrimento totale.

Una angoscia intollerabile che probabilmente spinge a gesti estremi in personalità fragili e poco consistenti, per cui il rifiuto è ancora più che l'intollerabile ferita narcisistica, ma forse qualcosa di vissuto come annientamento radicale. Cosa che in misura diversa troviamo nel lavoro

Cosa che in misura diversa troviamo nel lavoro clinico quotidiano in tanti casi di rottura delle relazioni amorose, con proporzioni molto diverse ovviamente.

La perdita dell'altro è sempre la perdita di una

parte di se stessi, ma a volte coincidente con la fine del mondo possibile.

Arrivano però anche segnali positivi in mezzo a questo disastro, che la realtà è sempre complessa e molteplice. Anche i corpi sociali sviluppano i loro anticorpi, creando reti di scambio, di sostegno, di auto aiuto, come i gruppi che si sono spontaneamente formati, ad esempio, a Monreale dopo il trauma della sparatoria in piazza la sera della festa patronale. Gruppi in cui piangere i propri lutti, in cui esprimere le proprie paure e i sensi di colpa, in generale in cui condividere vissuti per sentirsi meno soli e smarriti, da cui probabilmente germoglieranno nuovi frutti.

Riflessioni

Arianna e il minotauro: un labirinto relazionale

di Marilena Maglia, Mario Santagati, Francesco Carmelo Suraniti e Umberto Teghini

'Nessun topo al mondo costruirebbe una trappola per topi'.

La celebre frase di Einstein mette bene in evidenza una questione che sembra attraversare i tempi storici e le culture di appartenenza: l'aggressività umana. In fondo, seguendo anche le indicazioni di sociologi e antropologi, ogni società umana si fonda per cercare di creare una risposta a domande essenziali-esistenziali quali: la morte, la sistemazione dei rapporti umani e la gestione dell'aggressività. Già aperta nell'antica Grecia dalla filosofia, la questione sull'aggressività interroga l'uomo; Erich Fromm scrisse un saggio a tal proposito ("anatomia della distruttività umana") [1] in cui avanza l'ipotesi che l'esplosione dell'aggressività umana inizia nel momento in cui la società passa da una strutturazione matriarcale ad una patriarcale. Secondo l'autore, infatti, il passaggio al patriarcato ha determinato maggiori conflitti bellici per la difesa del territorio; nel saggio rimane aperta la questione se proprio per la necessità della difesa dei confini sia stato reso necessario il passaggio a questo tipo di società. Dagli studi etologici abbiamo la conferma che l'aggressività sia un meccanismo funzionale alla salvaguardia della specie e questa varia a seconda sia delle dimensioni del branco che in relazione a conflittualità determinate

dalla lotta inter-specie. Eppure, soprattutto dal confronto con il regno animale, la questione umana si fa più complessa: un animale uccide molto raramente un altro animale per questioni che non siano determinate dalla salvaguardia del suo benessere o dalla necessità di autosostentamento; con questo intendiamo che un animale molto raramente toglie la vita ad un suo simile e soprattutto, quando questo avviene, non prova piacere nel commettere questo gesto. L'uomo, invece, non solo costruisce trappole per topi ma sembra provare, in alcuni casi, piacere a togliere la vita ad un membro della sua specie, a un suo simile. La salvaguardia della specie, l'istinto che dovrebbe garantire la sopravvivenza, la cattura e la fascinazione dell'immagine del proprio simile non sembrano garantire nulla nella specie umana: qualcosa sembra andare al di là dell'istinto. Freud chiama pulsione questo preciso moto al di là dell'istinto animale, qualcosa che contraddistingue la specie umana e determina comportamenti atipici rispetto agli animali. In particolare, vi sono alcuni scritti in cui Freud sembra sistematizzare la questione dell'aggressività umana in relazione alla pulsione. Come segnala lo stesso Fromm nel saggio sopra citato [2], Freud solo nella sua fase tardiva della teoria considera la questione della "pulsione aggressiva o di distruzione" e inizia a prenderla in

Note

[2] Ibidem

^[1] Fromn E., "Anatomia della distruttività umana"; Mondadori editore, Milano 1990.

considerazione nel saggio "Il disagio della civiltà" [3]; in questo saggio Freud interroga la condizione di civiltà, intendendo con questa la gestione delle posizioni soggettive con la conseguente gestione della pulsionalità nella società. La tesi finale è la seguente: ogni soggetto che decide di inserirsi nella società deve rinunciare ad una quota di soddisfazione pulsionale per fondare i legami sociali in un meccanismo di rinuncia e frustrazione che determina sempre una certa quota di aggressività.

Appare paradossale, in tal senso, considerare come nella nostra società attuale - in cui assistiamo ad una normalizzazione di posizioni soggettive precedentemente considerate sintomatiche, ovvero in cui sembra che la rinuncia teorizzata da Freud si allenta - assistiamo ad un vero e proprio scatenamento dell'aggressività soprattutto da un punto di vista relazionale. Considerando gli ultimi dati ISTAT del 2023 [4], gli omicidi sono in aumento del 3,7% e, nonostante un breve ribasso riportata in questa indagine dei casi di femminicidio, attualmente le proiezioni parlano di un aumento rispetto agli anni passati. Sembrerebbe che questo trend abbia subìto un rallentamento durante il periodo di lockdown per l'emergenza sanitaria mondiale per poi riprendere la sua risalita toccando picchi di maggioranza rispetto agli anni passati. Possiamo ipotizzare, concordando con molti degli studiosi internazionali, che questa crisi sanitaria abbia determinato un deterioramento dei legami soggettivi e ci domandiamo se questo possa influire sulle vittime della follia aggressiva. La maggioranza degli omicidi registrati ogni anno in Italia presenta la condizione allarmante di

conoscenza tra omicida e vittima: passati gli anni del terrore e delle stragi mafiose o per ideali politici, facciamo spazio agli omicidi di conoscenza per arrivare all'apice dell'uccisione coniugale. La violenza sul genere femminile ha allarmato così tanto tutta la nostra struttura societaria da rendere necessari i "centri anti-violenza" dislocati ormai su quasi tutto il territorio italiano per cercare di contrastare un silenzio allarmante. Questi centri mettono in luce la necessità di lavorare in un'equipe multidisciplinare: medici, psicologi, avvocati e le stesse vittime collaborano fra di loro per cercare di risanare chi porta i segni di una vita all'insegna del subire. Eppure, in ogni studio pubblico o privato che sia, siamo sempre più esposti a storie di violenza relazionale; storie che mettono in crisi il nostro sapere scientifico e spingono il professionista a cercare di comprendere la giusta chiave teorico-pratica per smuovere il soggetto da una posizione che mette seriamente a rischio la propria sopravvivenza. Domande aperte che si incarnano: come può la paura mettere a rischio la propria sopravvivenza? Come si crea il meccanismo dell'isolamento della vittima? Perché questo silenzio?

Il concetto di "violenza relazionale" si identifica come molto ampio e all'interno di esso emerge la difficoltà della persona che riveste il ruolo di "vittima" nell'elaborare anche il più banale vissuto al fine di utilizzare le ormai conosciute capacità di coping e resilienza nell'affrontare ciò che provoca malessere. "Nessun topo al mondo costruirebbe una trappola per topi" forse è la stessa metafora che vorremmo attribuire alla categoria degli esseri umani, ma che, in svariate occasioni si identifica impossibile da mettere in atto.

Note

^[3] Freud S. "Opere", vol. 10 1924-1929; Bolloti Boringhieri, Torino 1978.

^[4] https://www.istat.it/comunicato-stampa/le-vittime-di-omicidio-anno-2023/

La riflessione teorica si aggancia quasi automaticamente alle storie cliniche (o meglio di vita) che incontriamo all'interno del nostro servizio territoriale.

Il caso che descriveremo è quello di Arianna, (nome di fantasia), che accede al servizio per la presenza di sintomatologia ansiosa – depressiva con elevato livello di deflessione del tono dell'umore, chiusura relazionale e conseguente isolamento sociale. Arianna è una donna di 45 anni nata e cresciuta in un paese della provincia di Catania. A partire dall'età adolescenziale intraprende una relazione con un suo coetaneo che, in breve tempo, diventerà marito e padre delle tre figlie. Arianna programma la propria esistenza in funzione dell'altro familiare, limitando fin da subito ogni forma di autonomia personale ed economica; dai colloqui emerge l'impegno e la costanza che la stessa ha messo in tali comportamenti che, con il passare del tempo, si sono trasformati da rinunce prima e, totali privazioni. Arianna, quindi, interrompe gli studi alla terza media, non inizia alcun lavoro e non stabilisce relazioni amicali tra pari. La propria esistenza viene fatta ruotare sulla cura delle figlie e, in particolar modo, del marito (che sembra così assumere anche lui il ruolo di figlio). Sente di dovere; dovere che diventa, in qualunque modo, aiutare il proprio coniuge. Quest'ultimo, con il passare del tempo, diventa sempre più possessivo. Elio (anch'esso nome di fantasia), marito di Arianna, proviene da una famiglia residente nello stesso paese della paziente. La famiglia di origine di Elio è composta da genitori e tre fratelli (un maschio e due femmine). Fin da giovanissimo si occupa di lavori nell'ambito

edilizio, ma ha sempre presentato profonde difficoltà a mantenere un lavoro da dipendente. Negli ultimi anni ha sviluppato una moderata dipendenza da alcolici. Il rapporto tra i coniugi è sempre stato altamente conflittuale; conflitti nati a causa della presenza di continui dubbi di Elio nei confronti della moglie: ha sempre pensato che la moglie intrattenesse diverse relazioni extra-coniugali configurando un tradimento ripetuto e continuo. "Come padre è sempre stato impeccabile!": queste sono le parole di Arianna con cui definisce il ruolo di Elio; infatti lo stesso si è sempre occupato della gestione e dei bisogni delle figlie. In atto, a causa di una lite familiare che ha determinato un passaggio all'agito aggressivo da parte di Elio avvenuto nel mese di ottobre 2024, il marito si trova agli arresti domiciliari presso l'abitazione della sorella e non ha contatti con la moglie e con le figlie, per lo meno questo afferma la paziente anche se si evidenziano profondi dubbi ascoltando le sue parole e il suo para-verbale.

Nel corso dei colloqui effettuati è emerso come Arianna non sia in grado di affrontare il distacco fisico e psicologico dal marito, sviluppando sintomatologia ansiosa, attaccamento morboso e un elevato livello di deflessione del tono dell'umore che non le permette di affrontare la maggior parte degli impegni quotidiani. Nel corso dell'iter terapeutico emerge in modo chiaro il concetto di "violenza relazionale", un tipo di violenza che non solo attacca la vittima in maniera diretta (fisicamente) ma che, con molta costanza, indebolisce il processo di rafforzamento dei livelli di autostima e autoefficacia nel soggetto, relegandolo ad una posizione marginale che esiste solo nella presenza dell'altro.

La frattura che Arianna percepisce in sé stessa risiede in ciò che lei pensa di essere, ciò che lei deve essere, e ciò che sarebbe giusto essere; un dovere che accompagna la vita del soggetto, ma che in realtà non le permette di esserlo. Le varie parti della persona si sovrappongono e si mescolano provocando, negli anni, una vera e propria crisi.

Possiamo così definire la "violenza relazionale" come un insieme di fenomeni marcatamente cruenti: della violenza agita a manifestazioni più "sottili" (non facilmente decodificabili) della violenza psichica, che conformano il campo relazionale e che spesso non vengono riconosciute dal soggetto che vi partecipa e che lascia aperta la questione del perché questo avvenga. Si evidenzia, però, un'assuefazione e adesione inconscia a modelli collettivi del rapporto uomo-donna (la cosiddetta violenza simbolica) creata da distorsioni percettive e dalla dipendenza affettiva. Un profondo intreccio di motivazioni che si muovono tra il mondo interno e la storia relazionale in atto e che evidenziano. almeno nella storia di Arianna, una posizione di sofferenza che viene mantenuta dal soggetto e che crea delle profonde difficoltà negli operatori che si trovano a confrontarsi con una posizione tanto difficile da smuovere quanto rischiosa per la vita del soggetto. Rimane aperta la questione sollevata inizialmente dell'auto-distruzione che caratterizza l'essere umano e che sembra intrecciata sia nella questione relazionale dell'altro, come simile prossimo, che dell'altro come alterità interna che abita ogni essere umano e che sembra dividere la soggettività.

Riflessioni

Relazioni che feriscono: riflessione clinica, il ruolo del professionista nella prevenzione, valutazione e trattamento della violenza

di Giuseppina Serena Malaponti

La violenza relazionale è identificabile come un'emergenza non solo di stampo individuale ma anche - e soprattutto - di rilevante impatto sociale, culturale e psicologico. Una problematica che proprio per la sua complessità va affrontata servendosi di un approccio multidimensionale ed interdisciplinare, lontano dal poter essere riconducibile ad un'unica matrice eziologica e che, appunto, richiede uno sguardo attento e critico che sappia essere in grado di prevenire, intercettare e di intervenire su tale condizione sempre più dilagante.

La violenza relazionale non ha genere e non è solo quella romantica o affettiva (di coppia o familiare) come si può essere portati a pensare in un contesto sociale sempre più segnato da episodi di violenza di genere e femminicidio documentati quasi quotidianamente dai media, venendo ingannati dal termine "relazionale", questa, infatti, include tutte quelle forme di violenza che possono comparire in ogni tipo di rapporto (amicale, lavorativo, istituzionale..) nel quale l'obiettivo principale diventa quello di controllare, umiliare, denigrare, danneggiare, svalutare qualcun altro da un punto di vista fisico e/o psicologico, economico, sessuale e così via.

A differenza di altre forme di violenza, quella relazionale si configura come un fenomeno pervasivo ed insidioso, proprio perché si sviluppa tipicamente all'interno di quei legami significativi, che come già detto non necessariamente sono quelli affettivi, nei quali può o meno esistere un vincolo emotivo profondo, ed in particolare in quest'ultimo caso diventa più difficile riconoscerla ed identificarla come tale in quanto si tende a giustificare e ad assolvere il comportamento lesivo. Proviamo a fare alcuni esempi che possano far comprendere meglio i diversi contesti e situazioni nelle quali, seppur dissimili, si può parlare di violenza relazionale:

- rapporto di intimità, l'intimità del legame produce una dinamica paradossale, la stessa relazione che dovrebbe garantire protezione e sostegno si trasforma in una fonte di minaccia e disgregazione psichica e/o fisica;
- relazioni idealizzate, sono quelle nelle quali si attribuiscono all'altro o al legame stesso caratteristiche spesso lontane dalla realtà. In pratica, si costruisce un'immagine ideale della relazione o del partner, che può non corrispondere a ciò che realmente è;
- in contesti lavorati, spesso si è vittime di mobbing, una condotta attuata da colleghi o

superiori che procurano terrore psicologico a qualcun altro. Si esplicitano con atti reiterati, vessatori, si attuano umiliazioni, dei veri e propri attacchi costanti alla persona che ne ledono la dignità.

Oltre al mobbing, che si configura prevalentemente nell'ambito lavorativo, si possono riscontrare altre manifestazioni di violenza relazionale, come lo stalking ed il bullismo, le quali, pur differenziandosi per contesti e modalità, si fondano su analoghi meccanismi di sopraffazione e abuso:

- lo stalking, si manifesta attraverso comportamenti persecutori, continuativi, come ad esempio pedinamenti, telefonate, messaggi continui o comunque in generale è caratterizzato da un atteggiamento intrusivo nella vita privata della vittima;
- il bullismo, si mostra, soprattutto, in contesti scolastici adottando un atteggiamento di prevaricazione nei confronti della vittima ad opera del bullo, compromettendone l'autostima della prima percepita come più debole.

Di qualsiasi contesto si tratti e di qualsiasi situazione si parli, il denominatore comune è riconducibile ad una condizione di abuso di potere, di controllo sulla potenziale vittima, e la presunzione di una asimmetria relazionale con mancanza di rispetto dell'altro avente un importante impatto psicologico, e non solo, nel breve e lungo termine. In ciascuna di queste situazioni vi è un "vincolo relazionale". Il professionista, in quanto tale, è chiamato ad

intercettare anche solo le avvisaglie di simili comportamenti, aiutare a comprendere ciò che spesso viene giustificato o tutto ciò che la vittima non riesce a decodificare, in quanto l'episodio di violenza può anche non presentarsi in forma esplicita ed immediatamente riconoscibile, ma si può esprimere attraverso microviolazioni ripetute, quindi, strategie di controllo, atteggiamento di possesso, isolamento progressivo, svalutazione sistematica, che compromettono la percezione di sé della vittima e la sua capacità di agire. A volte succede che quando si è coinvolti in un legame, specialmente se di tipo affettivo, anche se malsano, lo si continui ad alimentare, perdonare, nel tentativo benevolo di poter modificare la situazione di malessere, ciò che tiene legati nella relazione, anche se violenta, è che senza ci si sentirebbe svuotati e significherebbe ammettere che quel tempo impiegato a costruire la parte sana non sia servito, ma in realtà questo vuol dire legarsi a ciò che si è investito emotivamente, amorevolmente e non a ciò che l'altro è o è diventato.

Nel contesto terapeutico, le dinamiche di violenza all'interno delle relazioni intime raramente si presentano in forma manifesta o immediatamente riconoscibile. Al contrario, molto spesso emergono sotto forma di sintomatologie indirette, apparentemente scollegate dalla matrice traumatica relazionale. La violenza, spesso, si annida nel non detto, si cela dietro diagnosi di ansia generalizzata, depressione resistente al trattamento, disturbi psicosomatici o comportamenti disfunzionali. Pertanto, è fondamentale tenere conto anche della dimensione controtransferale,

le relazioni terapeutiche con pazienti vittime (o talvolta anche autori) di violenza mettono inevitabilmente in moto reazioni emotive intense nel clinico: sentimenti di impotenza, rabbia, desiderio di protezione o, al contrario, distacco e giudizio. In assenza di una adeguata consapevolezza e supervisione, il rischio è quello di colludere inconsapevolmente con le dinamiche disfunzionali portate in terapia. Per questo motivo, l'intervento clinico richiede non solo competenze tecniche, ma anche una costante riflessione sul proprio assetto interno.

Come può intervenire il clinico?

Intercettando i segnali, comprendendo le dinamiche ed intervenendo in modo competente e integrato.

La prevenzione è un lavoro quotidiano, di rete, che va sostenuto con risorse e competenze; è un compito che coinvolge l'intera comunità professionale. Sono importanti i vari livelli di prevenzione: prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

La prevenzione primaria

Obiettivo: prevenire che la violenza si manifesti, agendo prima dell'insorgenza del fenomeno, non si interviene sulla violenza già in atto, ma consiste nel cercare di impedire l'innescarsi della violenza promuovendo campagne di sensibilizzazione sociale per educare alla conoscenza del fenomeno ed al riconoscimento delle relazioni sane, agisce nel riconoscere gli eventuali campanelli di allarme che ne impedirebbero il prosieguo e di conseguenza l'evolversi del fenomeno, nell'educare alla valorizzazione di sé stessi e degli

altri ed al rispetto reciproco.

La prevenzione secondaria

Obiettivo: intercettare precocemente segnali di rischio o violenza in atto per limitarne la gravità e l'evoluzione, con l'obiettivo di evitare la cronicizzazione o che la violenza possa assumere forme più preoccupanti.

La prevenzione terziaria

Obiettivo: si rivolge già a fatti di violenza conclamati, l'obiettivo, in questo caso, diventa quello di contenere danni psichici e relazionali, prevenire o impedire le reiterazioni di schemi abusanti, favorendo la riparazione, la cura e la reintegrazione della persona.

Il ruolo dello psicologo deve essere non solo quello di prevenire, intervenire, o di essere orientato alla cura, ma muoversi verso la trasformazione di quei contesti che rendono possibile ed invisibile la violenza. Diventa essenziale il lavoro di rete, di fronte a problemi complessi come la violenza relazionale, nessun intervento può essere efficace se non inserito in una logica di integrazione tra servizi, professionalità e livelli istituzionali, quindi, una rete integrata di prevenzione e di intervento. Gli attori della rete sono i seguenti: psicologi, servizi sociali, sistema educativo scolastico, sistema giudiziario, centri anti violenza, la persona stessa e la sua rete informale, ciascuno di essi diventa parte attiva del processo di cambiamento [Campanini, A. (2013). Il lavoro sociale nella rete: teoria, metodo e strumenti, Carocci Editore]. Nessun intervento, da solo, può bastare; è necessario un lavoro multidisciplinare

coordinato, continuativo e competente, capace di mettere in dialogo le varie professionalità e servizi. Il lavoro dello psicologo nella violenza relazionale abbraccia tutte e tre le forme di prevenzione, come indicato sopra, adattando strumenti e linguaggi a seconda del momento del ciclo di intervento e del grado di esposizione della persona alla violenza, agendo sempre in un'ottica di integrazione e corresponsabilità per garantire modalità di intervento efficaci e centrati sulla persona.

Strumenti da poter utilizzare

Strumenti di osservazione

Colloquio clinico; Scale di valutazione e check-list, che possano focalizzarsi su schemi relazionali di attaccamento, meccanismi di colpa, vergogna, ciclo della violenza.

Strumenti psicodiagnostici

Test proiettivi (TAT, Rorschach test) Test sul trauma e sull'attaccamento; MMPI valido strumento per la valutazione dei tratti di personalità, disagio emotivo, distorsioni cognitive.

<u>Strumenti terapeutici e riabilitativi</u> EMDR

Terapia cognitivo – comportamentale Interventi di psicoeducazione orientati ad agire sul senso di autoefficacia, ricostruzione identitaria e sulla capacità di instaurare relazioni sane.

Il percorso di cura non può essere inteso solo come intervento clinico, ma va recepito all'interno di un approccio che includa ascolto, riconoscimento del problema, protezione, sostegno ed infine ricostruzione. La cura, infine, non si esaurisce nella terapia individuale, ma può includere gruppi di supporto che offrono uno spazio protetto di condivisione e riconoscimento reciproco, facilitando la rielaborazione collettiva dell'esperienza di violenza e contrastando il senso di solitudine e colpa spesso interiorizzato, la promozione di percorsi di autonomia abitativa e lavorativa, quindi che permettano alla persona di ricostruire le basi materiali dell'indipendenza, spezzando i legami di dipendenza economica e relazionale che spesso ostacolano l'uscita da situazioni violente, e interventi comunitari volti a contrastare l'isolamento e a promuovere il reinserimento sociale, promuovendo iniziative di formazione territoriale e costruzione di reti significative.

La violenza relazionale, come descritto, può assumere molte forme: riconoscerla è fondamentale, ma non basta; serve un'educazione all'ascolto, al rispetto ed all'empatia, serve il coraggio di chiedere aiuto, ma anche la responsabilità di non voltarsi dall'altra parte. Ogni relazione, per essere sana, deve basarsi sulla libertà, non sulla paura, non sul controllo. Questa è una lezione che riguarda tutti, nessuno escluso, è una responsabilità collettiva, perché costruire relazioni sane è il primo passo per costruire una società più giusta, una società che investe nella prevenzione, sceglie di prendersi cura delle persone. In conclusione, investire nell'educazione e nella consapevolezza sin dall'infanzia non è soltanto una strategia di prevenzione della violenza relazionale, ma rappresenta anche un investimento nel futuro della società. Attraverso un approccio

educativo integrato, è possibile favorire lo sviluppo di soggetti in grado di instaurare relazioni autentiche, empatiche e non violente, contribuendo così a creare ambienti familiari e sociali più sani e resilienti. Questo potrà essere realizzato solo attraverso la costruzione di un progetto educativo che non vede solo nello psicologo la figura centrale, ma in quanto integrato coinvolge diverse figure professionali, ciascuna con la propria competenza, che sinergicamente cooperano per mettere al centro la persona.

Esperienze cliniche

Dal controllo alla consapevolezza: nuove strade per contrastare la violenza relazionale

di Elisa Breci e Chiara Gattuso

La violenza relazionale rappresenta uno dei fenomeni più complessi e urgenti nell'attuale panorama clinico e sociale. I recenti dati ISTAT mostrano come negli ultimi cinque anni, oltre 2,4 milioni di donne italiane tra i 16 e i 70 anni (11,3%) hanno subito violenze fisiche o sessuali. In particolare, 1,5 milioni hanno riportato violenze fisiche (7%) e 1,3 milioni violenze sessuali (6,4%). Circa 246 mila donne sono state vittime di stupri o tentati stupri. La violenza nelle relazioni di coppia ha coinvolto 1 milione di donne (4,9%), con un'incidenza più alta (12,5%) tra chi ha interrotto una relazione negli ultimi anni. Non si tratta soltanto di un problema criminologico o giuridico, ma di un tema che interroga in profondità le dinamiche psicologiche individuali e collettive. La violenza agita da uomini contro le proprie partner o in ambito familiare evidenzia strutture di personalità disfunzionali, schemi relazionali patologici e profonde distorsioni cognitive. L'intervento clinico, per lungo tempo concentrato esclusivamente sulla vittima, ha oggi iniziato a includere anche l'autore della violenza, non in un'ottica di giustificazione, bensì di intervento trasformativo.

Nel territorio dell'ASP di Siracusa, il CSM di Augusta ha assunto un ruolo attivo e innovativo nella presa in carico degli uomini autori di violenza nelle relazioni affettive, grazie all'attuazione

concreta del Protocollo Zeus, accordo operativo stipulato con la Questura il 15 maggio 2023. Il Protocollo consente l'attivazione di un percorso clinico integrato a seguito dell'ammonimento del soggetto da parte dell'autorità giudiziaria, anche in assenza di condanna penale. L'intento è duplice: offrire un'opportunità di trattamento prima che la violenza si aggravi e prevenire la recidiva, lavorando direttamente sull'autore. La Convenzione di Istanbul invita gli Stati a intervenire non solo nella prevenzione, ma anche nel trattamento degli autori di violenza (art. 16), sottolineando l'importanza di sostenere la ricerca scientifica sulle cause strutturali e gli effetti della violenza. L'obiettivo è interrompere precocemente l'escalation violenta, promuovendo riflessione, autoconsapevolezza e contenimento. Secondo Raewyn Connell (2011), la violenza può essere per gli uomini una risorsa socialmente riconosciuta per affermare il proprio ruolo sociale. Allo stesso modo, Sandro Bellassai (2011) evidenzia come la violenza assuma un valore "virilizzante", integrandosi nella costruzione dell'identità maschile. L'aggressività, infatti, non è sempre espressione di una patologia mentale conclamata, ma può essere un pattern appreso, un modo reiterato di relazionarsi fondato sul potere e sul controllo. L'aggressione può essere vista come una «tecnologia di governo»

(Foucault, 1976) per riprendere il controllo e affermare il ruolo di uomo, marito e padre. Allo stesso tempo, funziona come «tecnica di correzione» con una presunta funzione educativa, disciplinando mogli e figli. Il ciclo dell'aggressività, noto in letteratura clinica, inizia con tensione crescente, sfocia nella violenza e si conclude con la "luna di miele", fase in cui l'uomo cerca di riconquistare la partner con attenzioni e promesse. Se non interrotto, si ripete e si cronicizza (Lenore Walker, 1979). La presa in carico clinica mira a interrompere il ciclo di violenza, evidenziando l'irrazionalità e la manipolazione che lo sostengono e insegnando modalità relazionali alternative. Spesso, l'uomo violento non ha una diagnosi psichiatrica, ma mostra tratti narcisistici, antisociali o borderline, con fragilità nella gestione emotiva, tolleranza alla frustrazione e capacità empatica (Babcock et al., 2000; Porcerelli et al., 2005). Il trattamento aiuta a dare senso all'agito, facendo riconoscere il legame tra emozione, pensiero e comportamento. Molti autori di violenza non sono consapevoli dell'impatto delle loro azioni, minimizzano o negano, proiettando la colpa sulla vittima. Per questo, il lavoro terapeutico richiede un processo paziente di decostruzione delle difese e l'esplorazione di motivazioni profonde, spesso legate a traumi, attaccamenti insicuri o modelli familiari violenti.

Molti uomini presi in carico mostrano tratti comuni come egocentrismo, mancanza di empatia, rigidità mentale, scarsa tolleranza alla frustrazione e insicurezza emotiva nascosta da iper-controllo. L'aggressività si manifesta come risposta disadattiva alla minaccia del rifiuto, alla perdita della relazione e a sentimenti di

inadeguatezza. L'intervento si avvale di diverse strategie: colloqui individuali, tecniche di gestione della rabbia, esplorazione delle credenze disfunzionali, training sull'empatia e sulla comunicazione assertiva. In alcuni casi, quando vi sono disturbi comorbidi come ansia, depressione o abuso di sostanze, si integrano anche interventi farmacologici o psicoeducativi. Centrale è il lavoro sulle distorsioni cognitive: molti uomini violenti mantengono l'autostima attraverso processi di disimpegno morale, che li portano a giustificare le proprie azioni, a colpevolizzare l'altro, a minimizzare il danno. I colloqui offrono uno spazio per esplorare e confrontarsi, aiutando il soggetto a riconoscere l'impatto delle proprie azioni, la sofferenza altrui e a sviluppare un linguaggio emotivo più articolato. Alcuni uomini, riflettendo seriamente, cominciano a vedere la violenza come un comportamento che nasce da loro stessi, assumendosi la responsabilità della propria aggressività. Ammettere le colpe, provare vergogna per il male fatto e accettare l'umiliazione non come distruzione, ma come inizio di una ricostruzione. Invece di sentirsi svuotati per la perdita di potere, si apre una sofferenza nuova, legata alla consapevolezza dei propri limiti e fallimenti, da cui può nascere un processo di trasformazione.

Riconoscere la propria vulnerabilità aiuta questi uomini a costruire nuovi rapporti con partner, figli e sé stessi. Non vedono più il non essere al centro come una sconfitta, ma come apertura a emozioni diverse e al cambiamento. Senza rinunciare alla propria identità maschile, adottano comportamenti alternativi che migliorano il loro benessere personale e relazionale. Il CSM non agisce in isolamento. Il lavoro è sostenuto da

una fitta rete territoriale che coinvolge Ser.T, consultori familiari, centri antiviolenza, scuole, servizi sociali e le forze dell'ordine. Questa integrazione consente non solo una presa in carico globale, ma anche un monitoraggio attivo dei contesti relazionali e un sostegno alla vittima, che resta il riferimento etico primario dell'intervento. La logica sottostante è quella della co- responsabilità istituzionale, per cui ogni attore contribuisce alla costruzione di un contesto capace di contenere, comprendere e trasformare. Solo affrontando la responsabilità dell'autore e trasformando le radici della violenza possiamo costruire relazioni più sane e prevenire nuove vittime.

Bibliografia

Babcock, JC, Jacobson, NS, & Gottman, JM (2000). Attaccamento, regolazione emotiva e funzione della violenza coniugale: differenze tra mariti violenti e non violenti sicuri, preoccupati e distanzianti. Journal of Family Violence, 15, 391–409.

Bellassai, S. (2011), L'invenzione della virilità. Politica e immaginario maschile nell'Italia contemporanea, Roma, Carocci editore. Connell, Raewyn (2011), Questioni di genere, Il Mulino.

Foucault, M. (1976), Il faut défendre la société, trad.it. Bisogna difendere la società, Milano, Feltrinelli, 2009.

Istat. (2024) Il numero delle vittime e le forme della violenza

Oddone, C. (2017). "Lo fanno tutti". Il ruolo della violenza nella costruzione sociale della mascolinità: il punto di vista degli autori. About Gender, 6(11), pp.74-97.

Porcerelli, J. H., Cogan, R., & Hibbard, S. (2005). Caratteristiche della personalità degli uomini violenti con il partner: un approccio Q-Sort. Walker, LE (1979). Donne maltrattate: uno studio psicosociologico sulla violenza domestica. Psychology of Women Quarterly, 4 (1), 136-138.

Riflessioni

Cuori fragili: quando l'adolescenza si confronta con la violenza

di Valentina Pantano

'L'adolescenza non è solo una stagione della vita, ma un terremoto interiore che scuote le fondamenta dell'essere' Umberto Galimberti

L'adolescenza è di per sé un periodo di grandi cambiamenti e vulnerabilità e l'attuale contesto sociale vede un'amplificazione di queste sfide in modo inedito. Esplorare come la società contemporanea contribuisca alla fragilità adolescenziale è un tema diversificato e ricco di sfumature psicologiche, cognitive, educative ed emotive.

L'adolescenza è una delicata fase di passaggio tra l'infanzia e l'età adulta. Non è sempre un periodo difficile della vita, ma certamente richiede una particolare attenzione. Classicamente, l'adolescenza viene compresa tra i 10 ed i 19 anni, anche se la SIMA (la Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza) identifica il limite a 21 anni.

Nello sviluppo evolutivo dell'adolescenza si distinguono tre fasi. La prima adolescenza, dai 10 ai 12 anni che è caratterizzata da un rapido accrescimento somatico e dall'inizio dello sviluppo puberale. In questo periodo comincia la vita di gruppo e la ricerca di una maggiore indipendenza in ambito familiare. Sul piano cognitivo aumentano la capacità di astrazione e la profondità del pensiero e, sul piano

comportamentale, predomina la ricerca della propria identità.

La seconda adolescenza, dai 13 ai 15 anni è la fase in cui lo sviluppo somatico e puberale si completa. Si ha un consolidamento della vita di gruppo, iniziano i comportamenti a rischio (fumo, alcol, sesso precoce, disturbi della nutrizione) e si hanno i primi rapporti sessuali, spesso con partner non stabili. Sul piano cognitivo vi è una maggiore definizione dei propri obiettivi e iniziano i contrasti con il mondo degli adulti.

Infine, la terza adolescenza dai 16 ai 21 anni circa, fase in cui iniziano le preoccupazioni per l'inserimento sociale e l'indipendenza economica e in cui si riducono i comportamenti a rischio e i legami di coppia diventano più stabili. Il comportamento più maturo e responsabile si accompagna a una ripresa del dialogo con la famiglia.

Nel processo di transizione verso l'età adulta entrano quindi in gioco e interagiscono tra loro fattori di natura biologica, psicologica e sociale. Questa fase di vita, da sempre crocevia di trasformazioni e scoperte, si presenta come un'esperienza particolarmente complessa. Navigare tra le rapide correnti della società baumaniana, cosiddetta "liquida", espone i giovani a inedite forme di fragilità, minando spesso la loro nascente identità e il loro senso

di appartenenza. Proprio come i liquidi non mantengono una forma fissa, le strutture sociali, le relazioni e le identità individuali sono diventate più malleabili e meno stabili rispetto al passato. La ricerca di identità, il bisogno di accettazione e l'insicurezza possono portare a una dipendenza affettiva malsana, rendendo i giovani più inclini a tollerare comportamenti inaccettabili pur di non sentirsi soli o esclusi. L'inesperienza, il desiderio di conformarsi e la paura del rifiuto possono offuscare la capacità di riconoscere i segnali di un rapporto violento, dove il controllo, la gelosia ossessiva e la denigrazione vengono scambiati per amore o interesse. Da questi atteggiamenti e stati d'animo prendono vita spesso le prime manifestazioni di violenza relazionale che, in adolescenza, assumono forme diverse, spesso interconnesse e ugualmente devastanti. Dalle più comuni ed evidenti come quella fisica e verbale, alle più silenti e invisibili come la violenza psicologica ed emotiva.

Non solo atti volti a causare danni fisici, ma anche offese, derisioni, urla, umiliazioni, insulti, minacce, controlli ossessivi e azioni finalizzare a creare l'isolamento dagli amici e dalla famiglia. Le conseguenze della violenza sull'adolescente che la subisce sono estremamente dolorose. A livello psicologico, possono manifestarsi ansia, depressione, isolamento sociale, bassa autostima e, nei casi più gravi, ideazioni suicidarie che purtroppo talvolta vedono la loro tragica realizzazione.

In ultima analisi si è diffusa tra i giovani, e non solo, il fenomeno della *cyberviolenza* che si manifesta attraverso comportamenti dannosi e aggressivi perpetrati mediante gli strumenti digitali, social network e altre piattaforme online che, per la loro fruizione gratuita sono accessibili a tutti. Una comprensione immatura delle conseguenze delle proprie azioni online, spesso considerata erroneamente anonima, può portare alcuni adolescenti a comportamenti lesivi. La mancanza di educazione digitale e di consapevolezza sui rischi e sull'impatto della *cyberviolenza* da parte di ragazzi, genitori e insegnanti può contribuire a un inefficace contrasto del problema.

Lo psicologo ha, quindi, un ruolo cruciale nel lavoro di prevenzione della violenza adolescenziale, sia essa agita online che in presenza. Il suo expertise in dinamiche comportamentali, sviluppo adolescenziale e salute mentale lo rende una figura chiave per affrontare questo problema complesso. Egli, oltre ad intervenire quando la violenza si è già manifestata, deve svolgere un ruolo proattivo fondamentale nel promuovere contesti relazionali equilibrati e nello sviluppare negli adolescenti le competenze necessarie per prevenire comportamenti violenti e costruire rapporti basati sul rispetto reciproco.

Lo psicologo, attraverso l'ascolto attivo, l'empatia e la creazione di una relazione terapeutica sicura, incoraggia i giovani pazienti a esplorare le proprie emozioni, i propri pensieri e i propri comportamenti sospendendo il giudizio. Li aiuta a riconoscere le maschere che indossano, spesso per proteggersi o per conformarsi alle aspettative esterne, e a riscoprire identificare e consolidare il proprio Sé autentico.

Nella costruzione di un'efficace alleanza terapeutica è opportuno creare un luogo protetto dove l'adolescente si senta libero di esplorare e di esprime i propri pensieri e sentimenti senza timore di essere criticato. Lo psicologo potrà aiutarli a identificare e distinguere le proprie emozioni espandendone il relativo "vocabolario emotivo".

Attraverso le domande aperte l'esperto potrà guidare l'adolescente nell'identificare i propri valori e incoraggiarlo a riflettere sulle proprie esperienze, comportamenti e atteggiamenti. Comprendere ciò che è veramente importante per sé diviene fondamentale per strutturare la dimensione della *self awareness* ovvero dell'autoconsapevolezza.

Per navigare le complessità dell'adolescenza e prevenirne le eventuali problematiche, la sinergia tra psicologo, scuola e famiglia è un faro guida fondamentale. Intervenire strutturalmente nei contesti educativi con programmi mirati a promuovere lo sviluppo di competenze trasversali come l'intelligenza emotiva, l'empatia e la capacità di comunicare in modo autentico rappresenta pertanto la base fondamentale per lo sviluppo di una società più consapevole e autentica.

Tra la perdita delle certezze infantili e il sopravvenire dell'incertezza del futuro, i giovani adolescenti si trovano a vivere un maremoto emotivo e sociale, dove l'intervento professionale per agire nuove e potenti relazioni d'aiuto psicologico diviene sempre più un'azione di inequivocabile rilevanza non solo a livello individuale e soggettivo, ma anche nella determinante dimensione etica e sociale.

Esperienze cliniche

Il Legame che Ferisce: Diagnosi e Trattamento della Violenza nelle Relazioni Affettive

di Concetta Mezzatesta

Abstract

La violenza nelle relazioni affettive è un fenomeno multidimensionale che intreccia dinamiche psicologiche, culturali e neurobiologiche. Questo articolo integra un'analisi archetipica junghiana dei miti, le teorie dell'attaccamento con fondamenti neuroscientifici, la vittimologia, le teorie sugli autori di reato, un approfondimento della teoria polivagale e la teoria della mentalizzazione. Si propongono approcci diagnostici e terapeutici multidimensionali, inclusa la tecnica EMDR, focalizzati sulla regolazione autonomica, l'empowerment delle vittime e la riabilitazione degli autori di violenza.

Il Mito come Specchio Archetipico della Violenza Relazionale

I miti, come espressioni dell'inconscio collettivo, offrono una lente per comprendere la violenza relazionale. Secondo Carl Gustav Jung (1964), i miti incarnano archetipi, pattern universali che strutturano le esperienze umane. Tre miti greci – Medea, Eco e Narciso e Ade e Persefone – illuminano le dinamiche di violenza.

Il Mito di Medea: L'Archetipo dell'Amore Ferito

Medea, tradita da Giasone, incarna la Grande

Madre distruttiva (Jung, 1959), trasformando l'amore ferito in vendetta. Questo archetipo riflette la polarità tra fusione e controllo nelle relazioni violente.

Eco e Narciso: L'Archetipo dell'Asimmetria Relazionale

Eco, che si consuma per Narciso, rappresenta la Vittima Sacrificata, mentre Narciso, innamorato della propria immagine, incarna il Puer Aeternus (Jung, 1964). Questo mito evidenzia dinamiche di violenza psicologica con perdita di identità della vittima.

Ade e Persefone: L'Archetipo del Rapimento e della Coercizione

Il rapimento di Persefone da parte di Ade incarna il Raptus e l'Ombra (Jung, 1959), riflettendo la coercizione e il trauma bonding nelle relazioni violente.

Dal punto di vista junghiano, la violenza relazionale emerge come un conflitto tra archetipi opposti: l'Anima/Animus, che rappresenta il desiderio di connessione, e l'Ombra, che incarna pulsioni distruttive represse. Gli autori di violenza, come Narciso o Ade, possono essere dominati da un'Ombra narcisistica o coercitiva,

mentre le vittime, come Eco o Persefone, incarnano la Vittima Sacrificata, intrappolate in dinamiche di sottomissione. Il processo di individuazione junghiano, che mira a integrare l'Ombra e a bilanciare gli archetipi, offre un quadro per comprendere come la terapia possa aiutare vittime e autori a trasformare queste dinamiche distruttive. L'analisi archetipica dei miti, con la loro capacità di rivelare motivazioni inconsce, si collega direttamente alle teorie psicologiche moderne, in particolare alla teoria dell'attaccamento, che esplora come le esperienze relazionali precoci modellino i comportamenti adulti, spesso replicando i pattern distruttivi evocati nei miti.

La violenza relazionale si manifesta in forme fisiche, psicologiche, economiche o sessuali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2021) riporta che una donna su tre subisce violenza da un partner, mentre la violenza contro gli uomini è sottostimata. Questo articolo integra l'analisi archetipica junghiana con le teorie dell'attaccamento, la vittimologia, le teorie sugli autori di reato, la teoria polivagale, la teoria della mentalizzazione e l'applicazione della tecnica EMDR.

Una Prospettiva Neuroscientifica

La teoria dell'attaccamento di Bowlby (1969) estende l'analisi mitologica, traducendo le dinamiche archetipiche in meccanismi psicologici e neurobiologici. Gli stili di attaccamento insicuri (ansioso- preoccupato, timoroso, evitante, disorganizzato) riflettono le tensioni tra connessione e conflitto viste nei miti. L'attaccamento ansioso-preoccupato, simile

all'anelito di Eco, è caratterizzato da iperattività dell'amigdala e ipoattività della corteccia prefrontale, che amplificano la reattività alla minaccia (Siegel, 2020). L'attaccamento timoroso, affine alla sottomissione di Persefone, si manifesta in oscillazioni tra ricerca di vicinanza e aggressività, mediate da disregolazioni nell'ossitocina e nel cortisolo (Feldman, 2017). L'attaccamento disorganizzato, che richiama la furia distruttiva di Medea, aumenta il rischio di violenza per difficoltà nella mentalizzazione e nella regolazione emotiva, spesso legate a traumi infantili (Liotti, 2004). Disturbi come il disturbo borderline di personalità (BPD) o il disturbo narcisistico di personalità (NPD) amplificano queste dinamiche. Nel BPD, l'iperattività dell'amigdala compromette il controllo degli impulsi (New et al., 2007), mentre nel NPD, come in Narciso, l'ipersensibilità al rifiuto può tradursi in violenza per mantenere il controllo.

Comprendere il Ruolo della Vittima

La vittimologia, come il mito di Persefone, analizza le dinamiche di vittimizzazione, collegando l'archetipo della Vittima
Sacrificata alle vulnerabilità psicologiche.
Secondo Mendelsohn (1976), le vittime possono contribuire inconsapevolmente alla violenza attraverso comportamenti come la sottomissione, senza giustificare l'abuso. La teoria del trauma bonding (Dutton & Painter, 1993), simile alla trasformazione di Persefone in regina degli inferi, spiega la difficoltà a lasciare relazioni abusive: l'alternanza di abuso e affetto crea una dipendenza emotiva, mediata da picchi di ossitocina (Neumann & Tabak,

2020). La vittimologia relazionale di Karmen (2013) evidenzia fattori di rischio come bassa autostima e traumi pregressi, che amplificano la vulnerabilità in individui con attaccamento timoroso o disorganizzato.

Comprendere l'Autore di Reato

Le teorie sugli autori di reato offrono un quadro complesso per comprendere le motivazioni psicologiche, culturali e neurobiologiche alla base della violenza relazionale, collegandosi all'archetipo junghiano dell'Ombra che incarna pulsioni distruttive inconsce. Un approccio centrale è la teoria del potere e del controllo, proposta da Pence e Paymar (1993), che interpreta la violenza come uno strumento deliberato per stabilire e mantenere il dominio sul partner. Questa prospettiva sottolinea come tali comportamenti siano spesso radicati in norme culturali che, implicitamente o esplicitamente, legittimano la dominanza, in particolare in contesti patriarcali dove il controllo è percepito come un diritto. La violenza, in questo senso, diventa un mezzo per rinforzare un'egemonia relazionale, sopprimendo l'autonomia del partner e perpetuando dinamiche di potere asimmetriche. Dal punto di vista psicopatologico, gli autori di violenza presentano frequentemente caratteristiche associate a disturbi di personalità, come il disturbo borderline (BPD), narcisistico (NPD) o antisociale (ASPD). Nel caso del BPD, la disregolazione emotiva può portare a scoppi impulsivi, mentre nel NPD la violenza spesso scaturisce da un'ipersensibilità a minacce percepite all'autostima, come il rifiuto o la critica (Ronningstam, 2016). Gli individui

con tratti antisociali, invece, mostrano una marcata mancanza di empatia e un approccio manipolativo, che facilita comportamenti violenti senza rimorso (Blair, 2013). Queste condizioni riflettono un'interruzione nella capacità di mentalizzazione e di connessione emotiva, rendendo gli autori meno capaci di regolare le proprie emozioni o di comprendere l'impatto delle loro azioni sul partner. A livello neurobiologico, la ricerca ha identificato alterazioni nei sistemi serotoninergici e dopaminergici come fattori chiave nell'impulsività e nell'aggressività degli autori di violenza. Studi come quello di Coccaro et al. (2011) dimostrano che una ridotta connettività tra la corteccia prefrontale e l'amigdala compromette la capacità di inibire risposte emotive intense, portando a comportamenti violenti in risposta a stimoli percepiti come minacciosi. Queste disregolazioni neurobiologiche, che richiamano l'Ombra junghiana come forza inconscia e incontrollata, offrono una base per interventi terapeutici mirati, come il neurofeedback o la farmacoterapia, che possono supportare la regolazione emotiva e ridurre l'impulsività.

Una Prospettiva Neurofisiologica

La teoria polivagale di Stephen Porges (2011) collega archetipi e attaccamento al sistema nervoso autonomo (SNA), offrendo un quadro neurofisiologico per comprendere la violenza relazionale. Il SNA regola le risposte emotive e comportamentali attraverso tre circuiti gerarchici: il sistema vagale ventrale, associato a sicurezza e connessione sociale; il sistema simpatico, che mobilita risposte di lotta o fuga; e il sistema

vagale dorsale, legato a immobilizzazione o dissociazione. Gli autori di violenza mostrano spesso iperattivazione simpatica, con bassa variabilità della frequenza cardiaca (HRV), che si manifesta in aggressività o controllo coercitivo, mentre le vittime tendono a rimanere in stati dorsovagali, caratterizzati da sottomissione o congelamento emotivo (Dana, 2018). Il trauma bonding emerge da oscillazioni tra momenti di connessione (stati ventrovagali) e conflitto (stati simpatici o dorsovagali), creando dipendenza emotiva simile a quella nel mito di Persefone (Porges & Dana, 2018). Neurobiologicamente, il sistema polivagale interagisce con l'amigdala, la corteccia prefrontale ventromediale e l'insula. L'iperattività amigdaloide negli autori amplifica la percezione di minaccia, mentre l'ipoattività prefrontale compromette l'inibizione degli impulsi (Siegel, 2020). Nelle vittime, l'attivazione dorsovagale è associata a ridotta attività dell'insula, limitando la consapevolezza corporea (van der Kolk, 2014). La disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), con livelli cronici di cortisolo, contribuisce alla rigidità autonomica (Feldman, 2017). Interventi clinici, come neurofeedback, tecniche sensomotorie (Ogden et al., 2006), e esercizi di co-regolazione (es. respirazione sincronizzata), attivano il sistema vagale ventrale, favorendo la sicurezza relazionale. La misurazione della HRV monitora i progressi nella flessibilità autonomica (Porges et al., 2022).

Approccio Relazionale e Neurocognitivo

La teoria della mentalizzazione, sviluppata da Peter Fonagy e colleghi (Fonagy et al., 2002), offre un quadro fondamentale per comprendere le dinamiche relazionali nella violenza affettiva, integrandosi con le prospettive archetipiche, dell'attaccamento e polivagali. La mentalizzazione è la capacità di comprendere i propri stati mentali e quelli altrui (es. emozioni, intenzioni, pensieri) e di interpretare i comportamenti come guidati da stati interni. Radicata nelle prime interazioni di attaccamento, questa competenza è cruciale per relazioni empatiche, ma spesso compromessa nella violenza relazionale.

La mentalizzazione si sviluppa quando il caregiver riflette accuratamente gli stati emotivi del bambino, favorendo una rappresentazione coerente di sé e degli altri (Fonagy & Target, 1997). Archetipicamente, richiama l'Anima/ Animus junghiano, che facilita la connessione relazionale. Neurobiologicamente, coinvolge la corteccia prefrontale mediale, il giro temporoparietale e la corteccia cingolata anteriore (Frith & Frith, 2006). Stili di attaccamento insicuri, come timoroso o evitante, ostacolano la mentalizzazione, portando a distorsioni come l'iperinterpretazione malevola o l'oggettivazione del partner. Le vittime possono sviluppare una mentalizzazione "iperattiva" o pseudomentalizzazione, attribuendo intenzioni ostili per anticipare il pericolo, mentre gli autori mostrano una mentalizzazione "ipoattiva", con mancanza di empatia tipica di tratti narcisistici o antisociali (Bateman & Fonagy, 2016). Nella violenza relazionale, i deficit di mentalizzazione amplificano i cicli di conflitto, poiché i partner non riescono a regolare le emozioni o a comprendere le intenzioni reciproche. Questi deficit sono esacerbati da disregolazioni polivagali: l'iperattivazione simpatica negli autori riduce gli stati ventrovagali di connessione, mentre l'attivazione dorsovagale nelle vittime inibisce la consapevolezza emotiva (Porges, 2011). Neurobiologicamente, la ridotta attività prefrontale e l'iperattività amigdaloide limitano la mentalizzazione (Luyten & Fonagy, 2015). La Terapia Basata sulla Mentalizzazione (MBT) mira a migliorare questa capacità, promuovendo regolazione emotiva ed empatia. La MBT crea un contesto sicuro, utilizza tecniche di coregolazione polivagale (es. respirazione sincronizzata) e guida i partner nella riflessione sugli stati mentali, riducendo distorsioni e comportamenti coercitivi.

Caso Clinico: Anna e Marco – Formulazione Psicodinamica integrata e Neurofunzionale

Anna, 34 anni, giunge in psicoterapia con una sintomatologia riconducibile a un disturbo d'ansia generalizzato (GAD, DSM-5: 300.02) in comorbilità con un episodio depressivo maggiore (MDD, DSM-5: 296.32). I sintomi principali includono anedonia, ideazione passiva di morte, senso di colpa pervasivo, ipervigilanza e disregolazione autonomica. Il quadro si struttura all'interno di una relazione affettiva con Marco, 38 anni, caratterizzata da cicli di violenza psicologica e fisica intermittente.

Anna descrive una relazione connotata da dinamiche tipiche del trauma bonding: momenti di abuso seguiti da affetto intermittente e riparativo, che rinforzano il legame disfunzionale. A livello psicodinamico, la relazione evoca vissuti ambivalenti e attiva schemi relazionali disfunzionali legati a un attaccamento timoroso.

L'Adult Attachment Interview (AAI) rivela rappresentazioni interne di sé come non degna di amore e degli altri come pericolosi o inaffidabili. La Reflective Functioning Scale segnala una limitata capacità mentalizzante.

Le valutazioni testologiche (CTS-2, HRV, BDI-II, STAI) confermano la gravità clinica: C-PTSD con disregolazione del sistema nervoso autonomo. L'HRV è ridotta, segnalando uno stato cronico di iperarousal simpatico/dorsale. Il trattamento si articola in più fasi: stabilizzazione corporea e sensomotoria, Schema Therapy focalizzata su schemi di abbandono e sottomissione, MBT per potenziare la mentalizzazione, empowerment legale e sociale per rafforzare il Sé e consentire la separazione.

Marco, dopo due colloqui, rifiuta la terapia, ma le sue caratteristiche comportamentali – grandiosità, controllo ossessivo, rabbia impulsiva – suggeriscono un profilo narcisistico con possibili tratti antisociali. L'analisi psicodinamica e la letteratura neurofunzionale (Blair, 2013; Coccaro et al., 2011) indicano una disregolazione prefrontale e dell'amigdala, con pattern difensivi orientati al dominio e alla negazione della vulnerabilità.

Dopo 9 mesi di trattamento, Anna mostra una significativa riduzione dei sintomi ansiosodepressivi (BDI-II: da 32 a 14; STAI: da 65 a 42), incremento della HRV, e acquisizione di una posizione soggettiva chiara. Decide di interrompere la relazione, attivando un piano di sicurezza e supporto legale. L'elaborazione del legame traumatico si completa con il ripristino

della funzione riflessiva e una riorganizzazione dell'attaccamento. Il trattamento si configura come un modello integrato, psicodinamico e neuroregolativo, con evidenze di efficacia clinica sul piano sintomatico, relazionale e identitario. Nel corso del trattamento, sono emersi contenuti profondi connessi all'immaginario inconscio di Anna, che si sono rivelati utili per una lettura simbolica della sua esperienza traumatica. In particolare, attraverso tecniche immaginative e oniriche, è stato possibile esplorare la presenza dell'archetipo della "Vittima-Sacrificale" e dell'"Ombra", secondo la prospettiva junghiana.

All'interno del trattamento integrato, si è fatto ricorso anche alla tecnica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), particolarmente efficace nella rielaborazione di esperienze traumatiche connesse a episodi di violenza relazionale. Dopo una fase iniziale di stabilizzazione, Anna è stata sottoposta a una serie di sedute focalizzate su ricordi traumatici specifici – episodi di aggressione fisica e verbale – utilizzando il protocollo standard EMDR per il C-PTSD. L'elaborazione adattiva dell'informazione ha permesso una significativa riduzione dell'intensità emotiva legata ai ricordi target e un rafforzamento della narrativa interna di autoefficacia e sicurezza. L'integrazione dell'EMDR ha contribuito a decondizionare risposte disfunzionali di freezing e iperarousal, favorendo il riequilibrio del sistema nervoso autonomo e la riorganizzazione del Sé traumatizzato.

Conclusioni

La violenza relazionale, riflessa nei miti di Medea, Eco e Narciso, ed Ade e Persefone, richiede un approccio integrato: L'analisi archetipica junghiana con evidenzia del conflitto tra Anima/ Animus e Ombra; le teorie dell'attaccamento, la vittimologia, gli autori di reato, la teoria polivagale e la mentalizzazione offrono un quadro multidimensionale variegato nella spiegazione di questa relazione patogena complessa ed intercorrelata. Gli interventi terapeutici hanno integrato MBT, tecniche polivagali, CBT, EFT e l'EMDR, con un focus su sicurezza, autoregolazione, elaborazione traumatica ed empatia.

Riferimenti Bibliografici

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders.

Oxford: Oxford University Press.

Blair, R. J. R. (2013). Nature Reviews Neuroscience, 14(11), 786-799.

Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss: Vol. 1.

Attachment. London: Hogarth Press.

Campbell, J. C. (2004). Journal of Interpersonal Violence, 19(12), 1464-1477.

Dana, D. (2018). The Polyvagal Theory in Therapy. New York: W.W. Norton.

Dutton, D. G., & Painter, S. (1993). Violence and Victims, 8(2), 105-120.

Feldman, R. (2017). Trends in Cognitive Sciences, 21(2), 80-99.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function. Development and Psychopathology, 9(4), 679-700.

Fonagy, P., et al. (2002). Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self. New York: Other Press.

Frith, U., & Frith, C. D. (2006). The neural basis of mentalizing. Neuron, 50(4), 531-534.

Heise, L. L. (1998). Violence Against Women, 4(3), 262-290.

Johnson, S. M. (2004). The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy. New York: Brunner-Routledge.

Jung, C. G. (1959). The Archetypes and the Collective Unconscious. Princeton: Princeton University Press.

Jung, C. G. (1964). Man and His Symbols. New York: Doubleday.

Karmen, A. (2013). Crime Victims: An Introduction to Victimology. Belmont, CA: Wadsworth. Kernberg, O. F. (1984). Severe Personality

Disorders. New Haven: Yale University Press. Kohut, H. (1971). The Analysis of the Self. New York: International Universities Press.

Liotti, G. (2004). Psychotherapy: Theory,

Research, Practice, Training, 41(4), 472-486.

Luyten, P., & Fonagy, P. (2015). The neurobiology of mentalizing. Personality Disorders, 6(4), 366-379.

Mendelsohn, B. (1976). Criminology, 14(3), 297-310.

Neumann, I. D., & Tabak, B. A. (2020). Nature Reviews Neuroscience, 21(3), 145-158.

New, A. S., et al. (2007).

Neuropsychopharmacology, 32(7), 1629-1640. Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the Body. New York: W.W. Norton.

Pence, E., & Paymar, M. (1993). Education Groups for Men Who Batter: The Duluth Model. New York: Springer.

Porges, S. W. (2011). The Polyvagal Theory. New York: W.W. Norton.

Porges, S. W., & Dana, D. A. (2018). Clinical Applications of the Polyvagal Theory. New York: W.W. Norton.

Porges, S. W., et al. (2022). Frontiers in Integrative Neuroscience, 16, 871227.

Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. New York: Guilford Press.

Siegel, D. J. (2020). The Developing Mind. New York: Guilford Press.

van der Kolk, B. (2014). The Body Keeps the Score. New York: Viking.

Young, J. E., et al. (2003). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press.

Riflessioni

Il lavoro clinico e la violenza relazionale: un metodo di intervento

di Bartolomeo Favacchio

Normalmente per violenza relazione intendiamo quel tipo di violenza che si verifica all'interno delle relazioni, siano esse di coppia o tra genitore e figlio. Può essere:

- Violenza fisica (percorse)
- Violenza psicologica (minacce, umiliazioni)
- Violenza verbale (urla, insulti)
- Violenza sessuale (stupri)
- Violenza Economica (controllo del denaro o furto del denaro)

Quasi sempre, nell'ambito della violenza, c'è un abusante ed una vittima: il primo cerca di esercitare un controllo sul secondo con una sorveglianza continua, causata da una gelosia patologica, senza ragione, prodotta dalla sua insicurezza e da schemi di pensiero disfunzionali. L'abusante è un prepotente e usa minacce, punizioni, sensi di colpa per ottenere ciò che vuole. Nel suo apparire forte cela una autostima molto fragile ipercompensata da rabbia ed aggressività; è un soggetto che sicuramente nella sua infanzia ha assistito a violenze familiari, magari avrà subito traumi o abusi non elaborati che si manifestano nella relazione. La rabbia e la violenza coinvolgono alcune aree cerebrali tra cui: l'amigdala che diventa iperattiva; la corteccia prefrontale che non controlla l'amigdala ed è ipoattiva; l'ippocampo insieme all'amigdala richiamano memorie emotive di traumi e conflitti

mai elaborati; la VTA ed il circuito della dopamina che gratificano e quindi rinforzano la personalità tramite il comportamento violento. Dall'altro lato abbiamo la vittima che molto spesso pensa di essere responsabile del comportamento violento e crede di meritarlo per cui giustifica il partner ABUSANTE con "ha avuto una pessima giornata" o "non è sempre così, mi vuole bene". E poiché, generalmente, viene allontanata da amici e familiari, resta, quasi sempre, sola perde qualunque punto di riferimento, non parla con nessuno illudendosi che l'abusante cambierà.

Il lavoro clinico: cosa fa lo psicologo o psicoterapeuta, ognuno per la propria competenza

- 1. Accoglie e ascolta la vittima: si offre come spazio sicuro, lavora sul senso di colpa e sulla vergogna, rinforza l'autostima e la consapevolezza dei propri diritti;
- 2. Valuta il rischio: ovvero se ci sono pericoli reali per il paziente e/o i figli e collabora con i diversi servizi (servizi sociali, centri antiviolenza ecc;
- 3. Interviene sul trauma: tratta i sintomi da ansia, stress, depressione o PTSD, usando tecniche come EMDR, IPNOSI, terapia sensomotoria ecc;
- 4. Lavora con la coppia: solamente quando non c'è violenza attiva; nel caso in cui c'è violenza in atto, c'è uno squilibrio di potere e penso proprio che un lavoro di coppia sia poco

indicato

5. Interviene sulla persona che usa violenza: con l'abusante si può lavorare su: controllo dell'impulsività; gestione della rabbia; ristrutturazione delle convinzioni e degli schemi di pensiero; cerca di motivare l'autore della violenza a fare alcuni percorsi specifici come quello di seguire i centri per uomini maltrattanti per fare percorsi di recupero.

Alla fine l'obiettivo che bisogna raggiungere nel lavoro clinico è quello di:

- Riconoscere e rompere il ciclo della violenza
- Restituire sicurezza e libertà alla vittima
- Prevenire la ripetizione della relazione violenta

Per quanto riguarda il trauma un trattamento elettivo è l'ipnosi: con questa metodologia si interviene per:

- rinvigorire la parte coraggiosa e vitale della vittima
- rinforzare la sicurezza di sé e l'autostima
- distaccarsi dal controllo emotivo dell'aggressore

Si può lavorare sia con la vittima che con il soggetto violento. Il lavoro con l'ipnosi ha effetti:

<u>sulla vittima</u> con tecniche diverse (Tecnica della "Stanza sicura", Timeline ipnotica", Rinforzo dell'identità), allo scopo di:

1. Fargli elaborare il trauma: alcune tecniche ipnotiche aiutano la vittima a ridurre l'ansia, la paura il senso di colpa e ad elaborare le

- esperienze emotive che lo hanno traumatizzato
- 2. Aiutarlo a rinforzare l'autostima: quasi sempre la vittima presenta un io fragile; con l'ipnosi e mediante suggestioni positive si può lavorare sulle immagini interne al fine di ricostruire l'identità personale e la svalutazione di sé
- 3. Incrementare le proprie capacità: tramite metafore e visualizzazioni guidate si migliora l'autoefficacia, si rinforza la voglia di uscire dalle relazioni tossiche e la capacità decisionale

sull'autore di violenza, (nei contesti clinici autorizzati), sempre se consapevole e motivato al percorso di cambiamento, mediante la modifica delle credenze disfunzionali: l'ipnosi influenza le reti neurali legate alla regolazione emotiva e all'impulsività., si possono esplorare i pensieri profondi dell'abusante su potere, gelosia, ruoli maschio-femmina e ristrutturare tale credenze.

Alcune tecniche ipnotiche aiutano a ridurre la rabbia, modificare gli schemi di pensiero e le reazioni automatiche. Inoltre l'ipnosi aiuta a rielaborare il vissuto personale in quanto il violento molto spesso presenta un passato in cui è stato vittima di traumi o relazioni familiari tossiche. Si aiuta la persona a "vedersi da fuori", auto-osservazione, nei momenti di rabbia violenta, come fosse uno spettatore.

Ovviamente l'uso dell'ipnosi deve essere consensuale, trasparente, spiegato chiaramente al paziente e non è finalizzato a ottenere una confessione sui fatti accaduti, inoltre va sempre integrato con un intervento multidisciplinare (assistente sociale, centri antiviolenza ecc.).

Si interviene anche sulla coppia (ma non in situazione di grave violenza) per esplorare gli schemi comunicativi a livello subconscio e mediante metafore condivise per stimolare il cambiamento ed il dialogo in cui ognuno immagina il partner nella sua parte ferita e poi comincia a "vederlo" trasformato nella nuova versione più evoluta. L'ipnosi va integrata con altre terapie quali quella sistemico-relazionale.

Bibliografia italiana e straniera

Rossi, R e Loriedo, C "Manuale di ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnotica" Franco Angeli 2014 Erickson, M.H. "la mia voce ti accompagnerà", Astrolabio 2001 Barret, D. "Hypnosis and Hypnotherapy", Praeger, 2010

Esperienze cliniche

Il lavoro clinico e la violenza relazionale: tra manipolazione, vergogna e riscatto

di Cristina Moretti

La violenza relazionale non si manifesta soltanto con il controllo esplicito o la sopraffazione fisica. Spesso abita luoghi più silenziosi: relazioni familiari o affettive dove l'altro diventa strumento per sedare l'insicurezza, garantire appartenenza o mantenere un ruolo di potere. In questi contesti, la violenza si traveste da premura, sacrificio, fedeltà assoluta. Eppure lascia segni profondi. Come clinici, intercettare questi segnali significa leggere la grammatica delle dinamiche disfunzionali: riconoscere pattern in cui l'identità dell'uno viene sistematicamente soffocata per mantenere l'equilibrio malato dell'altro. Talvolta si tratta di forme sottili di manipolazione: gaslighting, colpevolizzazione sistematica, ambivalenza affettiva. Altre volte, il paziente arriva con una sintomatologia ansioso-depressiva e solo nel tempo emerge il peso di una relazione disfunzionale.

Il lavoro terapeutico parte spesso da lì: dare un nome all'esperienza vissuta. Quando il paziente riesce a raccontare il non detto, a descrivere la vergogna, la paura di deludere o di essere abbandonato, il percorso di consapevolezza si avvia. La violenza relazionale, infatti, non si limita a ciò che l'altro ha fatto, ma si radica nei silenzi interiorizzati, nei "non valgo abbastanza" appresi nella storia affettiva del soggetto. Francesca (nome di fantasia) ha 38 anni. Arriva in

terapia per attacchi di panico e una persistente sensazione di "sentirsi sbagliata". Nel tempo emerge una relazione di coppia lunga dieci anni, apparentemente stabile, in realtà costellata da svalutazioni, ambiguità affettive, sospetti continui e un controllo capillare mascherato da "amore protettivo". Ogni tentativo di autonomia veniva interpretato come egoismo. Quando Francesca racconta di aver cominciato a dubitare della propria percezione della realtà, emerge il tema del gaslighting: una forma di manipolazione emotiva in cui l'abusante induce la vittima a mettere in discussione la propria memoria, percezione o sanità mentale.

Nel lavoro clinico, abbiamo attraversato fasi di forte ambivalenza, senso di colpa, paura di "esagerare". Solo con la stabilizzazione del legame terapeutico, Francesca ha potuto iniziare a rielaborare consapevolmente quanto vissuto, riconoscendo i modelli relazionali interiorizzati e recuperando la fiducia nella propria voce. Il lavoro con pazienti coinvolti in dinamiche relazionali violente non può prescindere da un approccio integrato.

Gli strumenti più utili si collocano lungo tre direttrici:

 Decostruzione del potere relazionale attraverso l'analisi degli schemi disfunzionali e delle

- credenze di autosvalutazione;
- Lavoro sul sé e sulla narrazione identitaria, spesso frammentata da esperienze di svalutazione cronica;
- Attivazione della rete di supporto, attraverso il collegamento con servizi antiviolenza, figure legali e contesti sociali di sostegno.

La lavoro psicologico relazionale e i modelli basati sull'attaccamento offrono quadri teorici solidi per comprendere come la dipendenza affettiva, la paura dell'abbandono e la difficoltà a riconoscere i confini personali possano rendere difficile uscire da legami dannosi. In parallelo, l'approccio trauma-informed invita il terapeuta a non chiedere mai "cosa c'è che non va in te?" ma piuttosto "cosa ti è successo?".

Ogni percorso di fuoriuscita da una violenza relazionale richiede tempo, pazienza, ma anche una visione fiduciosa. Come clinici, non possiamo promettere "guarigioni", ma possiamo offrire spazi sicuri in cui ricostruire dignità, anche dopo anni di manipolazione o svalutazione. In questo senso, il lavoro clinico diventa anche gesto politico, perché restituisce voce e valore a chi è stato zittito nei luoghi in cui avrebbe dovuto sentirsi amato.

Riferimenti bibliografici

Abramson, K. (2014). Turning up the lights on gaslighting. Philosophical Perspectives, 28(1), 1-30. https://doi.org/10.1111/phpe.12034 Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychological Bulletin, 117(3), 497-529. https:// doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497 Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press. Herman, J. L. (1992). Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books. Liotti, G., & Farina, B. (2011). Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Milano: Raffaello Cortina Editore. Walker, L. E. (2016). The battered woman syndrome (4ª ed.). New York: Springer Publishing Company.

Riflessioni

In stanza di terapia: oltre il sintomo, dentro la trama

di Antonietta Germanotta

Che cos'è la violenza relazionale?

Con violenza relazionale si intende un insieme di comportamenti aggressivi o *abusanti* diretti a ferire o svalutare l'altro. Essa si mostra all'interno delle relazioni significative controllando, umiliando o danneggiando l'altro attraverso la relazione stessa. Rappresenta una modalità disfunzionale e patologica di stare in relazione: uno dei membri esercita un potere coercitivo, denigrante o distruttivo sull'altro.

Può essere esplicita e manifesta (come nel caso della violenza fisica o verbale: urla, insulti, colpi) o implicita, sottile, silenziosa e insidiosa (come avviene nelle forme di manipolazione, umiliazione).

Non è definita da un singolo e specifico atto ma da uno schema ricorrente di comportamenti che vanno a minare l'integrità psicologica, emotiva e fisica dell'altro.

Dal punto di vista teorico, la violenza relazionale può essere letta attraverso diversi paradigmi: in un'ottica **sistemico-relazionale** la violenza viene decodificata come un comportamento inserito in una rete di interazioni circolari: ciascuna azione violenta è, al contempo, effetto e causa di altre risposte del sistema. La coppia o la famiglia che vivono violenza tendono a irrigidirsi in ruoli

complementari (vittima/persecutore, controllore/controllato, carnefice/vittima) e coalizioni implicite che rendono difficile il cambiamento.

La violenza *emerge* da dinamiche familiari disfunzionali, in cui i ruoli sono rigidamente polarizzati e le relazioni sono fondate sul controllo, la svalutazione e l'esclusione. In queste situazioni la violenza spesso può essere tramandata transgenerazionalmente e riprodotta nei legami futuri.

Frequentemente la violenza compare, o si acuisce, nei momenti di *crisi evolutiva* del sistema (quali la nascita di un figlio, una separazione, una malattia), nel momento in cui le *vecchie* regole familiari non funzionano più e modalità relazionali altre non riescono a stabilizzarsi. In tale prospettiva, la violenza è vista come un tentativo *maladattivo* di mantenere la coesione e il controllo.

Le comunicazioni paradossali e i doppi legami creano confusione e *legano* la *vittima* in una trappola emotiva che alimenta la ciclicità della violenza. Lo stesso sistema, inconsapevolmente, sostiene e perpetua queste dinamiche.

Il ciclo della violenza è una pattern che si ripete: una fase di tensione crescente, un'esplosione (atto violento), una fase di luna di miele con richieste di perdono e riavvicinamento, e una nuova escalation. Tale ciclicità intrappola i membri in una spirale

disfunzionale, alimentata e rinforzata da miti familiari, paure della separazione e lealtà invisibili.

Nel lavoro clinico, la violenza relazionale emerge frequentemente come sofferenza sommersa e taciuta: non sempre identificata, non sempre nominabile ma presente nei non detti, nei sintomi, nei silenzi che tuonano nelle sedute. La violenza va esplorata non come gesto ma quale dinamica circolare. Non come *colpa* individuale, ma come risultato di interazioni, storie familiari, pattern relazionali disfunzionali, alleanze o coalizioni rigide e copioni tramandati e appresi.

La violenza relazionale, pertanto, non è riducibile all'aggressione fisica o verbale; è una modalità di comunicazione patologica reiterata che si sviluppa in un contesto relazionale segnato da simmetrie esasperate o complementarità irrigidite. Può manifestarsi sotto forma di silenzio ostile (silenzio punitivo, manipolatorio), di svalutazione continua, di controllo travestito da protezione. È il prodotto di un sistema che, per mantenere la sua omeostasi, *immola* l'individualità di uno o più membri e vuole cancellare l'IO per un altro IO mascherato da NOI.

La violenza relazionale, quindi, si cela spesso sotto vestidifferenti, ambigue, forme sottili, normalizzate e invisibili. Non si rivela necessariamente attraverso agiti o parole offensive; può assumere la forma del silenzio, dell'ambiguità relazionale. La violenza relazionale richiede un ascolto attento, capace di cogliere non solo il contenuto verbale ma anche il contesto, le dinamiche, le alleanze implicite e i ruoli irrigiditi che caratterizzano il sistema relazionale del paziente.

La violenza come conseguenza di dinamiche relazionali disfunzionali

Nel modello sistemico il sintomo non è solo del singolo; rappresenta la modalità con cui un sistema esprime un equilibrio, anche se disfunzionale e patologico. La violenza, in quest'ottica, non è un comportamento unico bensì una forma relazionale reiterata, appresa e mantenuta nel tempo. Famiglie contraddistinte e segnate da ruoli rigidi, alleanze improprie, tabù e segreti possono dare origine a contesti nei quali la violenza è l'unico linguaggio possibile per manifestare disagio, potere o disperazione.

La violenza relazionale affiora nei legami in cui uno dei poli si arroga il diritto di determinare e stabilire l'identità dell'altro, fino a negarne l'autonomia e la soggettività. Tale violenza può essere agita o subita, ma spesso co-costruita, all'interno di copioni relazionali che si reiterano.

La persona che chiede aiuto può essere intrappolata in una posizione relazionale rigida che diventa essa stessa fonte di sofferenza.

La stanza di terapia come spazio relazionale

Il clinico non cerca e determina chi sia "il colpevole", osserva il sistema. E' fondamentale chiedersi cosa mantenga attiva quella dinamica violenta, quale funzione abbia avuto nella storia dell'individuo, della coppia, della famiglia. Cosa ha fatto si che si incastrassero i bisogni di un individuo con quelli di un altro? Cosa ha agevolato l'instaurarsi di una relazione violenta?

Intercettare, decifrare, capire e agevolare il paziente a poter trasformare le modalità relazionali che sostengono la violenza. Bisogna sentire frasi non dette perché indicibili.

La terapia si configura quale laboratorio relazionale, spazio protetto all'interno del quale poter ridefinire i ruoli, rinegoziare i confini, ipotizzare narrazioni alternative. La presenza del terapeuta, come altro regolatore del sistema, consente di interrompere sequenze patologiche e introdurre nuove modalità, nuove ipotesi, nuovi significati.

La *presenza* del terapeuta nella relazione: tra risonanza e distanza

Il terapeuta sistemico *vive* nella stanza le proprie risonanze; la violenza relazionale, all'apparenza invisibile, può evocare nel terapeuta emozioni forti: rabbia, impotenza, alleanza collusiva. Essere consci di queste reazioni è parte del lavoro clinico: il controtransfert diventa strumento di comprensione e guida per l'intervento.

Nel lavoro con la violenza relazionale, la *postura* del terapeuta è basilare. *Conservare* una presenza non giudicante; offrire uno spazio emotivo *contenitivo*, sicuro e coerente, in grado di sostenere, e *gestire*, sia la complessità sia l'ambivalenza. Il terapeuta sistemico non si pone come esperto che *cura* l'altro, ma come co-ricercatore che agevola e favorisce il cambiamento.

Il lavoro implica anche la legittimazione del dolore, la decostruzione dei ruoli rigidamente cristallizzati e l'apertura verso possibilità relazionali altre.

L'ascolto sistemico: mappe, domande e significati

Nel lavoro clinico sistemico, lo psicoterapeuta non raccoglie solo i sintomi, ma esplora e collega i nessi tra sintomi e relazioni. Alcuni strumenti tra cui genogramma, mappe relazionali e domande circolari consentono di evidenziare le connessioni tra eventi, emozioni e ruoli all'interno di quel peculiare sistema.

L'ascoltosiorientaallaricercadisignificatie funzioni: a che cosa serve quel comportamento violento in quello specifico momento? Chi contribuisce a mantenerlo? Quali sono le *lealtà invisibili* in gioco? Tale approccio consente di uscire dalla logica colpevolizzante e di costruire una narrazione alternativa, che promuova responsabilità e trasformazione.

Conclusioni

La violenza relazionale, letta in chiave sistemicorelazionale, diventa un segnale di sofferenza e,
poi, la possibilità per un cambiamento profondo.
Lavorare sul sistema significa spezzare la rigidità
dei ruoli, modificare le regole implicite e promuovere
relazioni più sane ed equilibrate. Affrontare la
violenza relazionale in chiave sistemica significa
abbandonare la ricerca di colpevoli e abbracciare
la complessità delle relazioni umane. Offrire uno
spazio in cui la parola possa sostituire il sintomo
e la narrazione possa dare possibilità a un futuro
diverso, più sano.

La sfida del terapeuta è restituire al sistema la capacità di scegliere modalità relazionali meno distruttive, sostenendo la crescita individuale e collettiva. Lo psicoterapeuta, in tale processo, si fa promotore di legami funzionali e generativi, contribuendo a trasformare la violenza in dialogo e la sofferenza in consapevolezza.

Esperienze progettuali

Lo Sportello Psicologico Itinerante "Reboot Now": un modello replicabile di supporto psicologico clinico nelle scuole e di sensibilizzazione alla violenza relazionale

di Laura Grillo, Ennio Iannitto, Annaclaire Turco. Coautrice Francesca Barbino

Introduzione

Il contributo che proponiamo nasce all'interno del progetto europeo REBOOT NOW, finanziato dal programma CERV della Commissione Europea e documenta un'esperienza pilota di sportello di supporto itinerante attivata in due scuole secondarie di primo grado nel territorio palermitano nell'anno scolastico 2022/2023. Il progetto si inserisce nel contesto postpandemico, segnato da un aumento delle difficoltà psicosociali, del disagio giovanile e della violenza di genere. Durante la pandemia, il CESIE ETS – ente coordinatore del progetto – ha realizzato attività con gruppi di adolescenti per intercettare bisogni emergenti: tra questi, il più ricorrente è stato quello di ricevere supporto psicologico (Barbino, 2023). Lo sportello REBOOT NOW ha risposto a questa esigenza attraverso ascolto clinico, supporto pedagogico e laboratori esperienziali, con un approccio integrato orientato alla prevenzione della violenza relazionale e alla promozione del benessere emotivo.

Una cornice teorica relazionale per la prevenzione della violenza

La violenza relazionale è un fenomeno complesso e multiforme, che può manifestarsi tra pari, in relazioni sentimentali o in ambito familiare. Controllo, isolamento, umiliazione, manipolazione affettiva, gelosia ossessiva sono forme spesso sottovalutate rispetto ai più riconoscibili fenomeni di bullismo, cyberbullismo o violenza di genere. L'approccio teorico adottato, ispirato a Fonagy (2000), Target (1997) e De Zulueta (2009), considera la violenza non come pulsione innata, ma come espressione disfunzionale radicata in ferite relazionali non elaborate. Solo una prospettiva relazionale consente di coglierne il senso profondo: il problema emerge quando il dolore altrui non viene percepito e la violenza viene normalizzata o ignorata, anche da chi la subisce o vi assiste.

In questo quadro, l'intervento ha offerto uno spazio d'ascolto sicuro e accogliente, dove ragazze, ragazzi e persone adulte potessero esprimersi senza timore di giudizio. L'ascolto empatico, il rispetto dei tempi individuali e la costruzione di relazioni significative hanno sostenuto la consapevolezza emotiva e il riconoscimento di dinamiche disfunzionali. In alcuni casi sono state attivate reti di protezione tramite i servizi territoriali. Ogni intervento è stato adattato ai bisogni individuali, con coerenza metodologica e attenzione alla promozione di una cultura del rispetto nella comunità scolastica.

Una metodologia integrata per il benessere scolastico

L'intervento ha preso forma attraverso una fase di autoformazione e confronto interno che ha permesso all'équipe – composta da una psicologa, una pedagogista e uno psicoterapeuta – di costruire un linguaggio comune e un approccio condiviso, integrando dimensione psicoeducativa, clinica e sociale. Lo sportello, attivo per un intero anno scolastico, ha garantito una presenza settimanale di tredici ore (mattutine e pomeridiane), con possibilità per l'utenza di scegliere una figura professionale maschile o femminile. Era accessibile a studenti/esse, docenti e genitori tramite prenotazione online e consenso informato. La pedagogista si è occupata delle difficoltà scolastiche e organizzative, mentre la psicologa e lo psicoterapeuta si sono concentrati sul benessere emotivo e sulle dinamiche relazionali, con un massimo di dieci incontri per persona, salvo eccezioni valutate in équipe.

Accanto agli incontri individuali, sono stati attivati percorsi di gruppo in classe, su richiesta dei consigli di classe o delle ragazze e dei ragazzi, basati su un'osservazione partecipata, seguita da confronto con i/le docenti e progettazione condivisa. I laboratori, condotti dalla pedagogista, hanno esplorato emozioni, dinamiche relazionali e questioni legate al genere. Centrale è stato il sistema di supervisione: incontri bisettimanali e intervisioni tra professionisti e professioniste hanno assicurato coerenza metodologica e gestione tempestiva delle criticità. Fondamentale anche il lavoro di rete con i servizi territoriali: una mappatura iniziale e un dialogo costante con scuole e famiglie hanno reso possibili invii protetti nei casi più delicati, nel rispetto della riservatezza e delle normative.

Questi passaggi, pur complessi, hanno reso gli interventi più efficaci, evidenziando come il Terzo Settore collabori sempre più con le istituzioni per integrare i servizi esistenti e offrire, seppur parzialmente, risposte ai bisogni del territorio. L'intervento ha intercettato e gestito vari segnali di disagio: pensieri suicidari, disturbi alimentari, relazioni familiari conflittuali, difficoltà legate all'identità di genere, violenza tra pari, uso problematico del web e sintomi ansiosi. Il progetto è stato accolto positivamente dalla comunità scolastica, favorendo buone pratiche di collaborazione e definendo procedure condivise per lo svolgimento delle attività (dall'acquisizione del consenso alla convocazione dell'utenza), seppur con qualche difficoltà a coinvolgere i genitori. Ha coinvolto attivamente ragazzi/e e genitori in percorsi di supporto psicologico e ha dimostrato il valore di un approccio integrato, capace di considerare il contesto di vita degli/ le adolescenti. Complessivamente sono stati raggiunti 179 utenti dello sportello individuale e 852 delle attività di gruppo. L'esperienza ha dato

impulso a nuove iniziative: il progetto Bottom-Up Talks, promosso da CESIE ETS, e la creazione di una Consulta per l'educazione sessuale e affettiva che riunisce enti del Terzo Settore e istituzioni pubbliche, oggi proseguono le attività di prevenzione e sensibilizzazione nelle scuole e sul territorio.

Conclusioni

Il progetto REBOOT NOW ha rappresentato un'esperienza significativa di intervento scolastico a bassa soglia, capace di intercettare una pluralità di bisogni e di offrire uno spazio accessibile e accogliente per tutte le persone coinvolte. La metodologia integrata, fondata sulla collaborazione tra figure professionali diverse e su un approccio relazionale, ha permesso di fornire supporto immediato a chi necessitava di un aiuto leggero e, al contempo, di orientare verso servizi più strutturati le situazioni più complesse. L'efficacia dell'intervento si è manifestata anche nella costruzione di alleanze educative durature, che hanno favorito una cultura della prevenzione e del benessere. La nascita della Consulta per l'educazione sessuale e affettiva e l'avvio di nuovi progetti sul territorio confermano l'impatto positivo e la continuità generata da questa esperienza, sottolineando il valore di un lavoro educativo inclusivo, sensibile e radicato nel contesto.

Bibliografia

Barbino, F. (2023). REBOOT NOW. L'esperienza dello Youth Advisory Board. Report nazionale. Palermo.

De Zulueta, F. (2009). Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività. Raffaello Cortina, Milano.

Fonagy, P. (2000). The male perpetrator: the role of trauma and the failure of mentalisation in aggression against women. An attachment theory perspective. John Bowlby Memorial Lecture, London, 20 feb.

Fonagy, P., Target, M., Steele, M., Steele, H. (1997), "The development of violence and crime as it relates to security of attachment". In OSOFSKY, J. D. Children in a violent society. Guilford Press, NewYork, pp. 150-177.

Recensioni

"La clinica gruppoanalitica oggi, in Italia. Inquadramenti teorici ed esperienze nel sociale" e "Il lavoro clinico con i gruppi. Metodologia operativa e esperienza contemporanea" a cura di Girolamo Lo Verso

di Calogero Lo Piccolo

Alla fine degli anni Ottanta, la ricerca gruppoanalitica in Italia cominciava il suo periodo dorato. In rapida successione uscivano i testi di Diego Napolitani, di Franco Di Maria e Girolamo Lo Verso, di Franco Fasolo, e del gruppo di ricerca che faceva riferimento alla Cattolica a Roma, da Leonardo Ancona a Corrado Pontalti.

Decenni fecondi per la nuova concezione di clinica, correlata ad una teoria della personalità e una teoria della tecnica straordinariamente coerente e rispettosa della natura complessa dell'essere.

La rielaborazione di alcuni dei concetti fondamentali di Foulkes, dava vita ad una teoria che nel corso degli anni ha avuto una straordinaria valenza euristica, adattandosi a ambiti molto diversi della pratica clinica e della psicoterapia, oltre che alla comprensione di alcuni fenomeni sociali come le organizzazioni criminali come Cosa Nostra.

Il Laboratorio di Gruppoanalisi di Palermo, cui ho avuto il piacere di aderire per molti anni, ha costituito uno dei motori centrali di questa spinta innovativa. A distanza di alcuni decenni, quasi quattro per la precisione, Girolamo Lo Verso ha avuto la curiosità scientifica di esplorare come tutto ciò si sia evoluto nel corso del tempo, soprattutto in questo ventennio del nuovo millennio.

Semplicemente ha chiamato a raccolta una serie di colleghe e colleghi, invitandoli a dare testimonianza dello stato dell'arte contemporaneo gravitante attorno ai costrutti gruppoanalitici.

Da questo lavoro, durato un paio di anni, sono scaturiti due densi volumi che racchiudono queste testimonianze.

Il primo volume La clinica gruppoanalitica oggi, in Italia. Inquadramenti teorici ed esperienze nel sociale, racchiude una serie di testi che narrano gli aggiornamenti teorici avvenuti nel corso del tempo in vari ambiti di applicazione e ricerca, con particolare attenzione a tematiche clinico sociali. Il secondo volume, Il lavoro clinico con i gruppi. Metodologia operativa e esperienza contemporanea, verte più sulla dimensione applicativa e gli aggiornamenti di teoria della tecnica nei vari ambiti in cui oggi l'uso dei gruppi e' prassi

consolidata e non più pratica pionieristica, come accadeva decenni addietro, agli albori delle teorizzazioni.

Entrambi i volumi sono curati da Girolamo Lo Verso e editi da FrancoAngeli.

C'è molta ricchezza di conoscenze e pratiche in questi volumi, con scarse ridondanze tra un contributo e l'altro, sorprendentemente.
Ciò in parte è dovuto alla eterogeneità degli argomenti, ma è anche una ulteriore dimostrazione di come uno dei pregi maggiori della ricerca gruppoanalitica sia dato dalla duttilità della teoria stessa, a dispetto del rigore dei propri presupposti teorici e epistemologici. Un lavoro quindi molto piacevole da leggere e molto necessario.



G. Lo Verso (a cura di), La clinica gruppoanalitica oggi, in Italia. Inquadramenti teorici ed esperienze nel sociale FrancoAngeli, 2025



G. Lo Verso (a cura di), Il lavoro clinico con i gruppi. Metodologia operativa e esperienza contemporanea FrancoAngeli, 2025