Psicologi & Psicologia in Sicilia

Notiziario dell' Ordine degli Psicologi
della Regione Siciliana

Luglio 2025

“Il lavoro clinico e la violenza relazionale”

Parte 2

Indice

5 Riflessioni
La violenza relazionale e il lavoro clinico con le tecniche narrative
di Maria Rosaria Como e Loredana Migliaccio

8 Riflessioni
Violenza relazionale e intervento psicologico: percorsi clinici, reti di supporto e prevenzione culturale
di Chiara Maria Forlese

11 Riflessioni
Principali cause della violenza relazionale e possibili interventi
di Simona Alessandrà

13 Riflessioni
Il suicidio materno durante il periodo perinatale. Aspetti comportamentali neurobiologici a confronto
di Cristi Marcì

16 Esperienze cliniche
Il lavoro clinico e la violenza relazionale: Cettina, la vittima utile
di Federica Ragusa

21 Riflessioni
Neurocezione Organizzativa e Trauma-Informed Leadership: un Position Paper contro la violenza relazionale in azienda
di Luca Reforgiato e Francesca Susinni

Indice

25 Esperienze cliniche
Il lavoro clinico con le donne vittime di violenza relazionale secondo un approccio cognitivo-comportamentale: Esperienza del Centro Salute Mentale di Sciacca
di Antonella Ardizzone, Laura Bono, Maria Tornambè, Jorge Buey Hernan, Leonardo Giordano, Angela Spataro

29 Riflessioni
“Come se mi fossi sentita privata di momenti”: Il trauma relazionale complesso e traumatizzazione del Sé: il controllo materno come forma di violenza relazionale
di Gabriella Papadia

34 Riflessioni
Violenza femminile sugli uomini: una prospettiva sistemica sulla dinamica relazionale e le sfide cliniche
di Alessandra Salerno e Raffaella Mineo

39 Esperienze cliniche
La violenza relazionale: Uno sguardo psicodinamico e il ruolo cruciale delle prassi di rete nell'intervento clinico
di Diana Nicolosi e Giovanbattista Di Carlo

42 Riflessioni
Violenza relazionale e confine di contatto: il ruolo dello psicologo nella prospettiva gestaltica
di Simona Gargano

Indice

45 Esperienze progettuali
“A scuola di differenza di genere” Un progetto di prevenzione primaria con adolescenti
di Carla Floritta e Laura Toscano

48 Recensioni
"Dislessia e neuroni specchio" di Donatella Ardito
di Santina Città

La violenza relazionale e il lavoro clinico con le tecniche narrative

di Maria Rosaria Como e Loredana Migliaccio

"Sapete quei giorni, quando vi prendono le paturnie?"

"Cioè la melanconia?"

"No"[...]."La melanconia viene perché si diventa grassi, o perché piove da troppo tempo. Si è tristi, ecco tutto. Ma le paturnie sono orribili. Si ha paura, si suda maledettamente, ma non si sa di che cosa si ha paura. Si sa che sta per capitarci qualcosa di brutto, ma non si sa che cosa. Avete mai provato niente di simile?".

Colazione da Tiffany – T. Capote, 1959

Chi non ha mai visto il film "*Colazione da Tiffany*" (1961), trasposizione cinematografica dell'ultimo romanzo di Truman Capote (1959), romanzo in cui una giovane donna, "*Holly Golightly*", sfuggendo alla sua vita precedente, si ritrova in una New York degli anni '60 tra feste mondane e uomini facoltosi, alla ricerca di una vita lussuosa e patinata.

Nei decenni "*Holly*" è stata recensita come *"la gattina più eccitante che la macchina da scrivere di Truman Capote abbia mai creato..."*, o una donna "*sola, ingenua e un po' impaurita"*, o ancora *"bizzarra, simpaticissima, commovente...e reale".*

È da quest'ultimo aggettivo, "*reale*", che vorremmo partire per trattare la violenza relazionale, poiché solo attraverso la comprensione delle dinamiche alla base di storie reali di maltrattamento è possibile "pensare all'impensabile", ovvero concepire che possa accadere che giovani donne, tanto quanto adulte o anziane, si ritrovino in dinamiche di sopraffazione e violenza.

Solo attraverso l'analisi dei processi disfunzionali e violenti è possibile comprendere come insegnanti, studentesse, commesse, imprenditrici, casalinghe, così come single, mamme, figlie, nonne, amiche, colleghe, possano vivere, anche per anni, sottoposte a regole e precetti da rispettare, devitalizzate da messaggi di squalifica, rifiuto e umiliazione, con offese dirette e indirette, con controllo del tempo e del danaro, con utilizzo del corpo per "*sesso a chilometro zero*", sacrificandosi *"...così poi lui si rasserena!"*, accumulando svalutazioni della propria persona, delle proprie origini, del modo di essere madre o del proprio lavoro. È possibile che il proprio corpo diventi cimitero di cicatrici, "*sfregi*", "*segnetti*" e sgraziati "*ricami*", contribuendo alla costruzione di una rappresentazione di sé come "*difettosa*"?

Provando a spostare il vertice di osservazione, ci si chiede: Quand'è che arriva il momento in cui diviene possibile "dire l'indicibile", rendendo pensabile la cura delle ferite più intime e profonde di sé? Forse solo quando queste donne "*reali*" fanno proprio il senso di quanto vissuto, significando il tipo di relazioni in cui si trovano o si sono trovate.

Certamente il processo narrativo delle storie vissute rappresenta un'esperienza clinica efficace. Il racconto della storia personale, familiare e relazionale, costituisce un mezzo attraverso cui

spiegare, de-saturare e riorganizzare gli eventi della propria esistenza, creando una trama di elementi più coerentemente collegati. Il racconto di fatti traumatici, tuttavia, non costituisce un processo lineare, né immediato, bensì un processo di "andirivieni" che non può prescindere da interventi preparatori e/o di stabilizzazione, nella costruzione di un "prodotto sartoriale" unico, in cui "ago e filo" si muovono insieme nel riconoscimento di emozioni e sentimenti e nella rilettura di eventi, gesti e reazioni, tanto che la persona possa accedere a quote più ampie di consapevolezza circa quanto accadutole.

Generalmente in risposta allo stress cronico si osservano, in chi sopravvive alla violenza, reazioni di congelamento, fino a giungere ad una ibernazione emotiva, fino a spegnere i pensieri e le emozioni connesse al trauma, così che questo divenga inaccessibile al verbale. Anche quando si prova ad esporre quanto vissuto, la narrazione appare disorganizzata e frammentata, travolta da ricordi drammatici, improvvisi e discontinui. La comunicazione del trauma risente, altresì, di intensi vissuti di vergogna, umiliazione e colpa. Il celare o il non ricordare si connette, inoltre, all'inevitabile aleggiare di un aggressore, comunque avvertito come presente!

La complessità appena delineata impegna i terapeuti nella ricerca di tecniche alternative per l'espressione del trauma relazionale. Nella nostra esperienza clinica, sia nel lavoro con giovanissime che con donne adulte, sia in assetto individuale che nel setting gruppale sistemico (Giordano & Curino, 2013)[1], sia in contesto pubblico che privato, tra le tecniche utilizzate, uno spazio elettivo è rappresentato dalla *libroterapia*, dalla *poetry therapy*, dalla *song therapy*, dal *photo langage* e dalla *movie therapy*.

Le tecniche citate rappresentano un "filtro" mediativo e protettivo: l'espressione di risonanze e sofferenze viene codificata a partire da mappe narrative e immagini visive verosimili, ma meno intrusive e minacciose rispetto alla comunicazione verbale "diretta". Si tratta di tecniche che facilitano il rispecchiamento, stimolano le emozioni, consentendo di riconoscersi nelle dinamiche violente di pattern ripetitivi. Tali tecniche assolvono funzioni trasformative (Beaulieu, 2006)[2] e catalizzanti la costruzione del cambiamento e la riorganizzazione della cartografia del proprio mondo interiore, reso caotico proprio dalle esperienze violente. Ogni tecnica trova dunque applicazione nello spazio dell'incontro terapeutico, un campo di sperimentazione e di scoperta che segna la relazione stessa di scambio.

Per la selezione dei materiali, quali romanzi, albi illustrati, poesie, racconti, novelle, filastrocche, monologhi, canzoni, fotografie, cartoline, film e cortometraggi, è possibile attingere ai contenuti più vari, con ampi spazi di scelta e creatività. I contenuti sostanziano tecniche a strutturazione "*fluttuante*", continuamente modellabili a seconda dei casi. Questi elementi, tuttavia, non sono disgiunti dal mantenimento di una postura rigorosa circa la chiarezza degli obiettivi e dei temi/costrutti da trattare, calibrandoli alle diverse fasi del percorso clinico e alla consapevolezza circa l'intensità dell'impatto delle esperienze che si intende proporre.

Sicuramente tali tecniche possono essere "*apprese*" ma, proprio come tutte le tecniche che usano l'arte, esse non sono che un "*mezzo*" e i risultati che producono sono difficili da predire, poiché dipendono dalla "*condizione di spirito*" e

Note
[1] Giordano C., Curino M. G. (2013) Terapia sistemica di gruppo, Alpes, Roma.
[2] Beaulieu D. (2006) Tecniche d'impatto, Franco Angeli, Milano.

dalla "*fiducia*" di chi le mette in opera. Il carattere "*innovatore*" dell'applicazione delle tecniche narrative rimanda essenzialmente alla funzione di "*rimediare*" alle "*situazioni bloccate*": le azioni d'impatto clinico non emergono che dalla "*voglia*" del terapeuta di *"tentare qualche cosa allorquando l'orizzonte sembra povero o vuoto, come un segnale che dal grigio delle onde emerge agli occhi del marinaio rivelando un senso, una direzione da seguire…*" (Caillé e Rey, 2004)[3].

"Si dice che adesso, e non sia leggenda,
In un'alba d'agosto la bella Cristalda risalga dall'onda
A vivere ancora una storia stupenda".

La leggenda di Cristalda e Pizzomunno - F. Gazzè, F. De Benedittis, M. Gazzè, 2018

Note
[3] Caillè P., Rey Y. (2004) Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche, Armando Editore, Roma.

Violenza relazionale e intervento psicologico: percorsi clinici, reti di supporto e prevenzione culturale

di Chiara Maria Forlese

La violenza relazionale rappresenta una delle forme più complesse e pervasive di sofferenza psichica, poiché si manifesta all'interno di legami significativi e in luoghi simbolicamente deputati alla cura, all'affetto e alla protezione. A differenza della violenza che si consuma in contesti estranei o occasionali, quella relazionale ha un impatto profondo sull'identità della persona coinvolta, minandone fiducia, autostima e percezione del proprio essere. Essa può assumere molteplici forme (fisiche, psicologiche, economiche, sessuali o simboliche) e spesso si manifesta con modalità subdole, difficili da riconoscere sia per la vittima che per l'ambiente circostante.

La natura sistemica della violenza relazionale

La violenza, in particolare quella relazionale, non può essere letta come atto isolato, frutto di un'esplosione incontrollata di aggressività. Al contrario, essa è il prodotto di un insieme articolato di fattori individuali, sociali, culturali e storici che si intrecciano in modo unico nella traiettoria di vita di ciascun individuo. La dimensione relazionale ne evidenzia la complessità: la violenza si annida nei legami, si nutre delle ambiguità affettive e delle disfunzioni comunicative, fino a diventare, talvolta, parte integrante della dinamica stessa del rapporto.

Molte relazioni disfunzionali sono caratterizzate da meccanismi di potere asimmetrici, in cui uno dei partner esercita un controllo coercitivo sull'altro, utilizzando tecniche come la manipolazione emotiva, la svalutazione sistematica, il silenzio punitivo o il ricatto economico. In questi casi, la vittima spesso fatica a riconoscere la violenza, trovandosi invischiata in una relazione in cui

l'amore si mescola alla paura, l'attaccamento alla dipendenza, la colpa alla vergogna.

Il ruolo della psicologia clinica: uno spazio di ascolto e trasformazione

In un contesto clinico, l'approccio alla violenza relazionale deve essere necessariamente multidimensionale, fondato su una lettura attenta delle dinamiche psichiche e relazionali che la sostengono. Lo psicologo assume un ruolo fondamentale nell'intercettare i segnali di sofferenza: sintomi ansiosi, somatizzazioni, disturbi del sonno, depressione, attacchi di panico o difficoltà relazionali possono rappresentare indicatori indiretti di una situazione di violenza.

Il setting terapeutico costituisce uno spazio protetto in cui la persona può iniziare a dare un nome alla propria esperienza, rompendo il silenzio e la negazione che spesso la circondano. Lo psicologo, attraverso l'ascolto empatico e non giudicante, favorisce il processo di consapevolezza e accompagna il paziente nella rielaborazione della propria storia affettiva, aiutandolo a decostruire le narrazioni che giustificano o normalizzano la violenza.

Un aspetto centrale del lavoro clinico è l'analisi delle dinamiche di potere, dei meccanismi di difesa (dissociazione, razionalizzazione, minimizzazione) e dei vissuti di colpa e vergogna che spesso bloccano la richiesta di aiuto. È fondamentale comprendere la posizione soggettiva della vittima, che può oscillare tra la negazione del vissuto, l'identificazione con l'aggressore e la paura di perdere il legame.

La valutazione del rischio e la costruzione di una rete di protezione

In presenza di segnali di violenza, è necessario effettuare una valutazione tempestiva e accurata del livello di rischio. Lo psicologo deve saper cogliere elementi critici come l'escalation della violenza, la presenza di minacce, l'isolamento della vittima, la dipendenza economica o la presenza di minori nel contesto familiare.

Quando il rischio è elevato, è indispensabile attivare una rete di protezione che coinvolga servizi sociali, centri antiviolenza, autorità giudiziarie o forze dell'ordine. In tal senso, la presa in carico non può essere limitata al singolo terapeuta, ma deve inserirsi all'interno di un sistema integrato di interventi che garantisca la sicurezza della persona e la continuità del percorso di uscita dalla violenza.

La collaborazione interprofessionale tra psicologi, assistenti sociali, educatori, medici, legali è la chiave per un intervento efficace. Attraverso protocolli condivisi, supervisioni cliniche interprofessionali e attività di formazione continua, si può costruire un modello di lavoro in rete che eviti la frammentazione degli interventi e prevenga il burnout degli operatori coinvolti.

Il lavoro psicologico non si esaurisce nella presa in carico clinica delle vittime, ma si estende alla prevenzione e all'educazione. La prevenzione della violenza relazionale passa attraverso interventi su più livelli: scolastico, familiare, lavorativo e sociale. Nelle scuole, è possibile promuovere progetti di educazione affettiva e sessuale, volti a sviluppare competenze emotive, comunicative e relazionali nei giovani. Con i genitori e gli insegnanti, si possono attivare percorsi di sensibilizzazione per

riconoscere segnali di disagio nei bambini e negli adolescenti.

Nel mondo del lavoro, interventi sul benessere organizzativo possono prevenire fenomeni come il mobbing o il burnout, mentre campagne di informazione pubblica possono contrastare stereotipi di genere e modelli relazionali violenti. In tutti questi contesti, lo psicologo agisce come facilitatore di consapevolezza e promotore di una cultura relazionale sana, basata sul rispetto, l'autonomia e la reciprocità.

La violenza relazionale come questione culturale e politica

Affrontare la violenza relazionale non significa solo intervenire sulle emergenze, ma lavorare sul terreno culturale e simbolico che le rende possibili. Molte dinamiche violente sono infatti il riflesso di una cultura patriarcale che legittima il dominio, la sopraffazione e il controllo all'interno delle relazioni intime. Decostruire questi modelli significa interrogare criticamente i codici affettivi, i miti romantici, le rappresentazioni dei ruoli di genere, spesso veicolate dai media e dal contesto sociale.

Lo psicologo, in questo senso, non è solo un professionista della cura, ma anche un attivatore di processi trasformativi all'interno della comunità. Attraverso il lavoro clinico, educativo e sociale, egli contribuisce a costruire una cultura della responsabilità affettiva e della non violenza, operando come mediatore tra il disagio individuale e le sue matrici collettive.

Conclusione: la sfida della complessità

La violenza relazionale interpella profondamente la psicologia contemporanea, sollecitandola ad assumere una postura integrata, etica e trasformativa. Non è sufficiente intervenire sul sintomo o sulla crisi: è necessario lavorare in profondità, accogliere la complessità delle storie, costruire alleanze terapeutiche solide e collaborare in rete per garantire protezione, supporto e possibilità di rinascita.

Il terapeuta, in questo processo, si fa testimone del dolore ma anche della possibilità di cambiamento, aiutando la persona a riappropriarsi della propria storia, a rompere il silenzio, a riconoscere il proprio valore e a costruire relazioni più sane e libere. Allo stesso tempo, contribuisce a una trasformazione culturale più ampia, fondata sul rispetto dei diritti umani e sulla promozione del benessere relazionale.

Principali cause della violenza relazionale e possibili interventi

di Simona Alessandrà

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) parla della violenza come l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del proprio potere contro sé stessi, contro un'altra persona o contro un gruppo/comunità, tale da determinare (sia in termini di probabilità che in termini di effettivo esito) lesioni fisiche, danni psicologici ed esistenziali, problemi nello sviluppo (nel caso dei bambini), morte. Per parlare di violenza è quindi fondamentale il concetto di intenzionalità (dell'atto o della minaccia dell'atto), di forza e di eccesso.
Sempre più spesso e in più ambiti, si sente parlare di violenza relazionale: un problema complesso che presenta radici profonde sia nell'ambito delle dinamiche individuali che nella società. Sono sempre più frequenti gli episodi di violenza che maturano nei vari contesti quotidiani, famiglia, lavoro, gruppo dei pari e che si manifestano nelle sue diverse forme, dalla violenza verbale a quella fisica, da quella sessuale al mobbing, dalla violenza psicologica a quella economica. Le cause possono essere molteplici, inclusi fattori individuali come traumi infantili, disturbi psicologici o dipendenze, ma anche fattori socioculturali come modelli di genere patriarcali e stereotipi dannosi.
Tra i fattori individuali è possibile rintracciarne le cause nei traumi infantili, pensiamo alle esperienze di abuso o violenza vissuti durante l'infanzia e che possono determinare atteggiamenti e comportamenti violenti nell'età adulta; il rischio di episodi violenti può essere acuito da disturbi di natura psicologia, quali episodi depressivi, disturbi d'ansia o disturbo post-traumatico da stress e disturbi della personalità per concludere con esperienze di dipendenza, è risaputo infatti che l'abuso di alcool e di droghe sfociano, spesso, in comportamenti di violenza relazionale.
Tra i fattori socio-culturali troviamo i modelli di genere, basti pensare al modello patriarcale che, promuovendo la superiorità maschile e la subordinazione femminile, è in grado di contribuire allo sviluppo della violenza di genere. Ancora oggi sono molto diffusi stereotipi di genere che associano agli uomini tratti di dominio e alle donne tratti di sottomissione e fragilità e che spesso finiscono con il normalizzare la violenza nelle relazioni. Sempre più spesso si sente parlare di una cultura della violenza che considera quest'ultima come un possibile strumento di risoluzione dei conflitti, sia nei contesti familiari che in quelli più ampi come la scuola, il campo lavorativo, il gruppo dei pari.
La presa in carico di chi denuncia atti violenti di varia natura, è un compito alquanto complesso e delicato e che vede impegnato lo psicologo che svolge un ruolo cruciale nell'ambito di tale settore, offrendo supporto alle vittime, intervenendo nella gestione delle dinamiche familiari disfunzionali e contribuendo alla prevenzione e sensibilizzazione. In particolare, lo psicologo può

essere coinvolto in diverse fasi, dalla valutazione iniziale, al sostegno durante il percorso di uscita dalla violenza, fino al lavoro di elaborazione del trauma e alla ricostruzione della propria vita.
Un primo passo è rappresentato da una corretta diagnosi degli effetti psicologici della violenza, seguita da una serie di interventi che mirano a far sentire la persona che ha avuto il coraggio di chiedere aiuto capita, "protetta", sostenuta, aiutata; a tal fine lo psicologo offre uno spazio sicuro e non giudicante per le vittime, dove possono esprimere le proprie esperienze e il proprio dolore.
Valuta l'impatto della violenza sulla vittima, identificando eventuali traumi, disturbi psicologici e bisogni specifici.
Aiuta la vittima a elaborare il trauma, a ricostruire la propria autostima e ad acquisire strategie per affrontare le conseguenze della violenza.
Se coinvolti minori, lo psicologo valuta la loro situazione, offrendo supporto e intervenendo per proteggere il loro benessere psicofisico.
Se necessario, può lavorare con l'intera famiglia per affrontare le dinamiche disfunzionali e promuovere relazioni più sane.
Importante risulta anche l'impegno a livello di prevenzione e informazione, pertanto lo psicologo svolge un ruolo attivo nella diffusione di informazioni sulla violenza di genere, sensibilizzando la società e promuovendo la consapevolezza. Spesso è chiamato a collaborare con le scuole per educare i giovani sui temi della violenza, delle relazioni sane e del rispetto reciproco e contribuisce a creare una cultura in cui la violenza non è tollerata e in cui le vittime possono trovare sostegno e protezione.
Nell'ambito legale, lo psicologo può essere chiamato a valutare la credibilità delle testimonianze e a fornire consulenza tecnica sui temi della violenza ed è spesso chiamato ad indagare su situazioni di violenza, soprattutto quando si tratta di minori o quando c'è difficoltà a riconoscere la non consensualità del rapporto.
Quella dello psicologo è, dunque, una figura chiave nell'affrontare la violenza relazionale, offrendo supporto alle vittime, intervenendo nelle dinamiche familiari, promuovendo la prevenzione e contribuendo a creare una società più consapevole e rispettosa.

Il suicidio materno durante il periodo perinatale. Aspetti comportamentali neurobiologici a confronto

di Cristi Marcì

La mortalità materna (MM) descrive un importante indicatore di salute della popolazione femminile di un paese, nonché la qualità di assistenza fornita dal sistema sanitario di riferimento durante il percorso nascita (Paxton, Wardlaw, 2011).
Oggi è difficile immaginare il suicidio materno come uno degli eventi presenti sul territorio nazionale poiché fenomeni come l'aborto e il parto distocico hanno descritto un quadro che negli anni ha adombrato una dimensione psicologica spesso trascurata.
In accordo con la psichiatra junghiana, Jean Bolen (1991) la dimensione femminile viene "assoggettata a quei ruoli unilaterali" che se da un lato vengono imposti dall'esterno dall'altro ne limitano il potenziale espressivo; rendendo il suicidio l'unica strada per tornare a essere libere.
Pertanto se il suicidio rischia di assumere il volto di un quotidiano poco indagato viceversa una maggiore sensibilizzazione sotto il profilo medico-psicologico dovrebbe riflettere la nuova norma.

Il suicidio durante il periodo della gravidanza
Attualmente sono pochi gli studi che analizzano più da vicino questo fenomeno in quanto le ricerche si sono focalizzate in prevalenza sul periodo postpartum (Anniverno, R., Bramante, A., 2015).
Se quest'ultimo descrive una finestra temporale di grande valore per la ricerca non si può escludere quanto effettivamente rispecchi soltanto la punta di un iceberg, di fronte alla quale si percepisce solo una porzione di un intero processo.
Ciò che si dovrebbe promuovere è una riflessione più accurata su tutte quelle dinamiche intrapsichiche e relazionali che se non indagate e approfondite tempestivamente possono sfociare in qualcosa di irreversibile.
Tra i principali fattori di rischio emergono: una gravidanza non desiderata, l'abbandono del partner, la morte di un precedente figlio e l'aborto spontaneo e/o involontario.
Secondo Hensaw (2007) questi fattori rappresentano un indice di rischio suicidario talmente elevato da compromettere lo stato di salute psicofisico della donna durante il periodo gravidico.
In accordo con Appleby (1991) e Gausia (2009) bisogna tenere conto sia dell'età che dei rispettivi vissuti esperienziali, poiché nella maggior parte dei casi tanto le adolescenti quanto le giovani donne portano con sé vissuti traumatici circoscritti ad una o più psicopatologie psichiatriche, le quali se non monitorate possono inficiare per sempre la loro vita.
Nello specifico andrebbero approfonditi quei comportamenti definiti para-suicidari che durante questa fase di transizione non sempre vengono veicolati nel migliore dei modi.

I cambiamenti socio-culturali nel triennio 2020-2023

Come accennato, sono molteplici i fattori che concorrono al suicidio in gravidanza; eppure, analizzando più da vicino l'attuale periodo storico culturale, una riflessione più accurata converge verso tre fattori: il periodo pandemico Covid-19, la crisi economica e l'incremento dei casi di violenza domestica.

Secondo la mia visione, questa suddivisione tripartita ha innescato dal 2020 ad oggi un effetto domino che ha portato ad un ingigantimento di quelle dinamiche silenti sopra le quali il rumore di un gesto è capace di porre la parola fine.

Ritengo che nel loro insieme abbiano legittimato in maniera disfunzionale una moltitudine di comportamenti che hanno reso la violenza l'unica norma attraverso la quale esprimere le proprie emozioni, a discapito di chi abbiamo di fronte.

Determinando, a propria insaputa, la diffusione di nuovi fattori di rischio di fronte ai quali la donna è costretta a scegliere una sola via di uscita.

Sarebbe opportuno interrogarsi sui volti e la funzione che la gravidanza ha assunto all'interno di una cornice culturale che, anziché focalizzarsi sul Dopo, dovrebbe interrogarsi sul Prima, ma ancor più sul Presente.

Provando a rapportare il fenomeno suicidario con la dimensione neurobiologica è interessante sottolineare alcuni studi condotti negli anni novanta grazie ai quali sono stati evidenziati validi cambiamenti che sembrerebbero anticipare l'atto finale.

La neurobiologia del comportamento suicidario in gravidanza

Uno studio promosso da Marzuk (1997) ha esaminato diversi referti autoptici delle morti per suicidio di donne negli Stati Uniti, a New York dal 1990 al 1993.

Secondo i dati emersi sono stati esaminati i cambiamenti ormonali durante la gravidanza rispetto ai quali ad un basso livello di serotonina corrispondeva un maggior rischio di suicidio.

Ad un livello microscopico e sotto un profilo più olistico in grado di promuovere nuovi studi sulla fase prenatale e non solo su quella successiva, gli studi di epigenetica ad oggi dovrebbero delineare nuovi spunti di riflessione e tracciare nuovi orizzonti di pensiero.

In quanto, in accordo con i dati emersi dalla ricerca, il feto risulta il maggiore produttore di questo ormone (serotonina) e che attraverso un meccanismo evolutivo di autoprotezione sembrerebbe prevenire i futuri comportamenti distruttivi della madre, producendo così un abbassamento dei livelli ormonali serotoninergici.

Un altro studio americano condotto da Palladino (2011), ha preso in considerazione le morti materne "violente" verificatesi in 17 Stati tra il 2003 e il 2007, rispetto alle quali la conflittualità con il proprio partner rientrava tra le cause principali nel 45% dei casi.

Nondimeno, come riportato da Appleby, è cruciale considerare l'età della donna che si trova a vivere questo momento di transizione.

Nello specifico uno studio condotto nel 1991 in Inghilterra e in Galles ha evidenziato come le adolescenti gravide riscontrino un tasso di rischio suicidario più elevato rispetto alle donne più adulte, poiché non sono da escludere tutti quei processi evolutivi che fanno dell'adolescenza stessa un periodo complicato e non sempre lineare.

Inquadrare possibili fattori di rischio

Nella pratica clinica se prevenire il suicidio può

essere di sicuro un valido indice di successo, indagarlo precocemente dovrebbe consentire più approfondimenti che tengano conto sia del periodo gravidico sia di quello successivo al parto.
Considerando quanto introdotto in precedenza sarebbe opportuno indagare questo fenomeno tenendo sensibilmente conto dei cambiamenti storico culturali degli ultimi anni: durante e dopo la pandemia Covid-19.
In modo tale da non inquadrare più l'evento suicidario quale singolo fenomeno circoscritto soltanto a due o tre fattori, bensì connotato da una moltitudine di sfumature che spesso e volentieri si rivelano difficili da cogliere.
Ciò che dunque si dovrebbe considerare è la mutevolezza di quegli aspetti che se in passato sembravano stabili nella loro manifestazione, oggi viceversa presentano un ventaglio e uno stile espressivo dalle numerose sfumature.
Nel loro insieme i seguenti fattori delineano dei parametri di riferimento connotati da caratteristiche che non possono prescindere le dinamiche del panorama contemporaneo.
Tra questi si annoverano:

- i pensieri suicidari
- la pianificazione
- la letalità
- i mezzi lesivi

Sotto un profilo psicosomatico è interessante notare come il corpo sia il canale preferenziale attraverso il quale viene esperita ed espressa una sofferenza psichica capace di evidenziare uno stato della mente a rischio (Siegel, D, J., 2021).
Durante l'anamnesi è opportuno considerare non solo l'unione tra la mente e il corpo, bensì quel valore simbolico che il corpo stesso esprime con un linguaggio che non sempre si riconosce subito (Morelli, R., Marafante, D., 2012).

Bibliografia

Anniverno, R., Bramante, A., Mencacci, C., (2015), "Il suicidio in gravidanza e nel postpartum", in Pompili, M., (a cura di), Manuale di suicidologia, Pisa, Pacini, Editore
Appleby, L., (1991), "Suicide after pregnancy and the first postnatal year", British Medical Journal, vol. 302, pp. 137-40.
Bolen, S, J., (1991), "Le dee dentro la donna, una nuova psicologia femminile", Astrolabio Ubaldini Editore, Roma, 1991.
Chen, H., (2012), "Understanding maternal mental illness: Psychiatric autopsy of a maternal death", Singapore medical Journey, vol. 53, n 5, pp. 104-105.
Gausia, K., Fisher, C., Ali, M., (2009), "Antenatal depression and suicidal ideation among rural
Grussu, P., Bramante, A., (2016), "Manuale di psicopatologia perinatale, profili psicopatologici e modalità di intervento". Edizioni Centro Studi Erikson, Trento, 2016.
Bangladeshi women: A community based-study", vol. 12, n 5, pp. 351-358.
Henshaw, C., (2007), "Maternal suicide", Psychological Challanges in Obstetrics and Ginecology", pp. 157-164.
Marzuk, P, M., Tardiff, K., Leon, A, C., (1997), "Lower risk of suicide during pregnancy", vol. 154, pp. 122-123.
Morelli, R., Marafante, D., (2012), "Cancro tra mente e corpo", Riza Edizioni, Milano, 2012.
Siegel, D, J., (2021), "La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale", Raffaele Cortina Editore, Milano, 2021.
Paxton, A., Wardlaw, T., (2011), **"**Are we making progress in maternal mortality"?, N Engl J Med 2011; 364:1990-1993.
Palladino, C, L., Singh, V., Campbell, J., (2011), "Homicide and suicide during the perinatal period: Findings from the National Violent Death Reporting System", vol. 118, n. 5, pp. 1056-1063.

Il lavoro clinico e la violenza relazionale: Cettina, la vittima utile

di Federica Ragusa

Il tema proposto mi sollecita una immediata associazione con quelle donne incontrate nel mio studio, che, per diverse ragioni, sono rimaste intrappolate in relazioni abusanti che ne hanno bloccato la pensabilità e, in alcuni casi, l'evoluzione identitaria. Le donne che ho avuto modo di incontrare erano accomunate dall'uso difensivo e massiccio della *negazione*. Esse negavano a loro stesse la reale ragione per la quale chiedevano una psicoterapia. Sappiamo bene che spesso la richiesta che porta in terapia il paziente è diversa da quella che si paleserà durante il percorso, ma ciò a cui mi riferisco è la *negazione* della violenza, fino al punto di indurre la paziente a narrare del partner in modo addirittura idealizzato!
Pz "*Sapesse quanto è innamorato…*";"Non *posso dire nulla su di lui, ha sempre pensato alla famiglia, sono io che ultimamente sono strana"*.Le pazienti da me incontrate, tra i 18 e i 65 anni di età, coinvolte in violenze relazionali, avevano alle spalle tutte una famiglia d'origine *abusante,* dove col termine abuso non indico solo quello sessuale (alcune hanno subìto anche questo), ma quello psicologico, a causa del quale si *disconosce* il sentire dell'altro o, ancora, quello dovuto a una adultizzazione violenta: ciò che Ferenczi mirabilmente descrive nel suo articolo *Confusione delle lingue*.
"*La mia famiglia ha sempre fatto conto su di me, sin da piccola*"; "*Per mia madre era scontato che l'aiutassi nell'accudimento di mia sorella più piccola*"; "*Quando mio padre si arrabbiava, mia madre mandava me a calmarlo, sin da quando avevo 7 anni!"*
Tutte arrivano confuse da anni di comunicazioni *perverse*, in cui, parafrasando Meltzer, *il buono diventa cattivo e il cattivo buono.*
Queste pazienti hanno attivato in me controtransfert intensi, che mi *convocavano* a sentire e pensare ciò che loro non avevano finora *potuto* sentire e pensare. Vale a dire: rabbia, disgusto, dolore profondo, senso di soffocamento, paura, solitudine, desiderio di sopprimere l'aggressore.
Stare in seduta con queste emozioni "intense" logora tanto che giunsi a non ricevere più di due pazienti di questa tipologia nella stessa giornata di lavoro!
Come può il terapeuta cercare di rimanere sufficientemente astinente per mettere al servizio del paziente un sostegno lucido e caldo allo stesso tempo? La prima risposta che mi viene è che per fare questo, bisogna costantemente farsi questa domanda!
A tal proposito, ho pensato di condividere il caso di Cettina, per consegnare alcuni momenti complessi della terapia (tuttora in corso), fino ad un cambio di passo, frutto, a mio avviso, di un cambio di prospettiva nell'interpretazione del vissuto esistenziale della paziente, operata dal terapeuta.
Era una mattina di giugno del 2021. Aprii la porta e la vidi: alta, giunonica, capelli ricci naturali lavati di fresco ed elettrizzati, forse a causa di una asciugatura veloce col phon. Indossava una maglia aderente nera anche i pantaloni erano neri, ampi e di maglina. La feci accomodare e le chiesi di dirmi liberamente cosa la portasse da me. I suoi occhi venivano fuori dalla mascherina, spalancati e tristi, la prosodia della sua voce era dolce e dimessa:
Pz "Sono depressa, non ce la faccio più, non voglio alzarmi dal letto…Che senso ha?"
Iniziò a narrare con voce flebile che l'anno precedente, durante il lockdown il padre era morto a causa di un cancro, la madre già coi prodromi dell'Alzheimer, si era aggravata.
Raccontò di come da sola si fosse fatta carico della cura dei

suoi genitori, dato che le altre sorelle non erano disponibili e di come l'aggravarsi della madre avesse comportato il ricovero di questa presso una Struttura, provocandole grandi sensi di colpa. Nel frattempo, il cognato che per lei rappresentava un riferimento importantissimo, si era ammalato di una sindrome rara e nell'arco di un mese era morto.
Pz "*Era un fratello per me!*" Iniziò a piangere. Solo grazie a sua nipote Carmen, donna gioviale, si era tirata un po' su, ma, dopo qualche mese, anche la nipote morì con una leucemia fulminante.
Fui sconvolta, addolorata dall'accanimento che la vita riservava alla paziente. Pensai a Winnicott che incitava il terapeuta ad una cosa fondamentale "*Restare vivo!".* Mi disse che gli antidepressivi che le avevano dato non le facevano nulla. Si sentiva in colpa nei confronti delle figlie, perché il suo desiderio era starsene a letto e dormire, oppure mangiare. Il marito era un uomo che lavorava sempre fuori città e poco poteva fare nel sostenerla per la gestione della casa e della famiglia
Le dissi che davanti a tutti i lutti subiti e al peso della cura dei suoi cari, mi meravigliava che avesse trovato la forza per essere lì; che permettersi il dolore e rispettarlo era il primo passo di un cammino che, se avesse voluto, avrei fatto accanto a lei.
I suoi occhi dapprima si meravigliarono di questa legittimazione, poi sorrisero dolcemente. Si asciugò le lacrime, si scusò per avermi consumato tutti i fazzolettini e mi disse di *sì*.
A mio avviso, dovevo offrire a Cettina degli occhi in cui rispecchiarsi e per tale ragione decisi di proporle un setting *vis a vis* una volta a settimana. Negli incontri seguenti affrontammo il lutto dei suoi cari (nel frattempo morì anche la madre). Cettina già dopo i primi mesi stava meglio, sempre più curata e serena. Il terapeuta nel transfert, diventava gli *oggetti* cari perduti e di volta in volta ne rappresentava degli aspetti: quelli accoglienti della madre o educativo normativi del cognato. Pz "*Questo sabato ero giù, volevo cucinarmi 500gr di pasta, poi ho pensato…come glielo racconto? Alla dottoressa*?"
Il controtransfert era potente. La voglia di accogliere e sostenere questa donna verso la quale la vita si era *verghianamente* accanita, veniva ridimensionata dal *setting interno*, che mi ricordava che il terapeuta può essere *come se,* ma non è la madre o il padre del paziente.
Cettina p*ortò* una vita di deprivazioni economiche, affettive, culturali e di violenze psicologiche fatte dal padre alcolista. Tutto ciò aveva fatto sì che si sviluppasse nella paziente un sentimento di personale indegnità.
Uno dei sogni ricorrenti durante la terapia era: *"Sogno mio padre, so che è morto, ha mal sopportato la bara, attraversa il muro, torna da lì! Non lo sogno che tipo… poi lo vedo sereno, torna dall'altra parte e poi sto male tutto il giorno. Lo sogno come se lo stessi sfidando".*
Le libere associazioni che ne derivarono ci fecero comprendere come avessimo a che fare con l'esperienza di essere stata ridotta in povertà dal modo superficiale e deviato in cui il padre aveva scialacquato i beni di famiglia, faticosamente racimolati dal lavoro della madre.
Interpretai che la funzione predatoria del padre, che voleva tutto per Sé, si attivava nel *mondo interno* di Cettina ogni volta che tentava di concedersi, come in questo caso, un suo spazio di cura per lei. Ciò mal si sposava con *l'oggetto interno* mostruoso (Klein), rappresentato dal padre, per il quale nutriva ancora il timore di perire.
Le parti persecutorie della mente traumatizzata sono molto potenti e tornano dal lì e allora per governare il presente; credo tornassero da quel passato contro il quale Cettina aveva eretto il muro del diniego, che nei sogni, però, trovava spazio, mostrandoci il Sè traumatizzato e traumatizzante.
Interpretai il sogno e Cettina scoppiò in lacrime. Mentre piangeva i suoi occhi sembravano essere quelli di una bambina che chiede conforto. Nelle sedute successive decisi di rianimare *l'oggetto interno buono* di Cettina, non solo attraverso il transfert ma chiedendo concretamente della madre, di come avesse fatto fronte alle sfide della vita e sottolineai la scelta materna di avviare un panificio come un'azione vitale e creativa, che in qualche modo apparteneva pure alla paziente.
A quindici anni Cettina incontra Orazio un giovane *uomo bello e particolarmente spregiudicato*, decise di cedere alle sue lusinghe e di sposarlo, creandosi una famiglia tutta sua, *dove non sarebbe dovuto accadere ciò che era accaduto*

nella propria.
Dopo circa un anno di psicoterapia, le difese lasciarono spazio alla fiducia e la paziente iniziò a parlare delle minacce fisiche e verbali perpetrate dal marito. L'*idealizzata* proposta di matrimonio, altro non fu che una sorta di ricatto "*Con quello che si sa di voi in paese, puoi metterti solo con uno come me, che è peggio di voi!*" Mi raccontò in lacrime di quando incinta veniva picchiata, costretta a dormire a terra perché "*Era peggio di un animale*" e di come queste violenze si alternassero a scuse e gentilezze imprevedibili, in una sorta di roulette russa in cui il colpo può arrivare da un momento all'altro. Mi parlò dei suoi attacchi di panico, della paura concreta di essere uccisa, unita all'incapacità di denunciare l'Orco per vergogna e perché in fondo…*erano uguali, due reietti*!

L'attacco alla coppia terapeutica

Poiché la psicoterapia andava avanti, il marito, sentendo minacciato il suo potere di controllo, disse a Cettina che era la solita stupida senza speranza e che io le stavo rubando i soldi. Poiché a questi *attacchi*, Cettina, per la prima volta, non diede spazio e decise di continuare la sua psicoterapia, il marito avanzò la richiesta di venirmi a parlare in modo che potessi aiutare anche lui!
Riflettei molto su come rispondere ad una richiesta così perversa. La definisco tale in quanto millanta una richiesta d'aiuto, mentre il vero obiettivo è *rompere* il setting per controllarlo. Inoltre, percepii allo stesso tempo la volontà di intimorirmi, timore che, onestamente, provavo e provo, trattandosi di un narcisista maligno. Che fare? Riflettei tanto sulla mia risposta e decisi che volevo dimostrare a Cettina che l'Orco poteva essere affrontato (lo dicevo anche a me stessa); allo stesso tempo volevo smontare le fantasie paranoiche del marito, il quale vedeva la terapeuta come qualcuna che "Sparlava di lui."
Risposi alla paziente che apprezzavo la voglia del marito di chiedere aiuto, che io non avrei potuto, onnipotentemente, essere la terapeuta di entrambi e fare un buon lavoro, ma che lo avrei potuto ascoltare, per poi inviarlo al professionista a lui più utile. Non venne mai, dicendo alla moglie di ringraziarmi, ma lui era un caso disperato per chiunque. La psicoterapia è sopravvissuta al carnefice. In questo lungo percorso che dura da quattro anni, credo sia utile offrire alla riflessione un momento in cui sono stata investita da grande sconforto: l'invio della paziente presso due centri antiviolenza in due tentativi diversi, per fornirle una assistenza legale ai fini della separazione e l'avvio di un progetto di autonomia economica. Entrambi i tentativi collassarono, non solo per la sensazione della paziente di non essere ascoltata nella sua individualità: Pz "*Una ragazzina con la metà dei miei anni, ripeteva come un disco rotto…la capisco, sappia che la capisco…Che poteva capire?".* Ma anche, e soprattutto, dalle resistenze alla denuncia, mantenute da Cettina. "*Se lo denuncio non avrò cosa mangiare e scatenerò la sua ira, mi dice sempre che non ha niente da perdere, di imparare dalla cronaca"*
Provavo rabbia e sconforto e più volte le ho interpretato questa posizione, come motivata da *guadagno secondario*, il piacere di essere necessaria per qualcuno. Il marito infatti, pur non picchiandola più, prima la umiliava con frasi sadiche, poi ne richiedeva pietosamente l'aiuto per lo svolgimento di alcuni compiti relativi alla cura della propria persona.
Pz "*Quando cambia tono, non so perché ma spero di nuovo, che possa cambiare…vorrei che rimanesse sempre così…poi, però cambia ancora, diventa l'altro, imprevedibile…cattivo*."
Iniziai a chiedermi se anche io come l'operatrice non stessi capendo nulla! Iniziai a leggere alcuni testi sul tema e fui molto aiutata dal concetto espresso dalla dott. ssa Filippini, che da anni si occupa di donne maltrattate. La Filippini sostiene che pensare che una donna rimanga col proprio carnefice perché in fondo nutre un narcisismo malato, fa ulteriore violenza a questo tipo di pazienti. Le donne circuite da uomini abusanti vanno lette esattamente come i bambini abusati. Diremmo mai che questi rimangono in famiglia per un guadagno secondario? Rimangono perché non hanno scelta! Troppo fragili, trovano senso alla loro esistenza diventando *vittime utili*[1] per qualcuno, a prescindere dal prezzo da pagare. Il concetto fin qui sintetizzato mi ha fatto cambiare prospettiva. Iniziai ad accogliere la Cettina *bambina*, tenendola per mano accogliendo il suo sentirsi indifesa, ma, allo stesso tempo, facendo in modo che si rendesse conto di quanto fosse cresciuta e di come, oggi,

Note
[1] Definizione mia, ndr

una scelta fosse possibile. Il passo di andare via da casa è stato anticipato da questo sogno:
Pz: "*Ho sognato di essere in macchina, era buio, ero con le mie figlie; ad un certo punto, sul ciglio della strada, vedo qualcosa: è un coniglietto trema di freddo, decido che non posso lasciarlo lì! Freno, scendo e lo accolgo tra le mie braccia, non so come farò, ma non posso lasciarlo lì!".* Credo che dal momento in cui le parti piccole e abusate hanno trovato accoglienza e protezione nella terapia, per le parti adulte e sane è stato possibile prendersene cura.
Oggi dopo quattro anni Cettina è riuscita a trasferirsi nella casa, che era della madre, insieme alle sue figlie. Ha iniziato a lavorare, anche se si tratta di piccoli lavori, che non ne consentono ancora l'indipendenza.
Questo allontanamento dal carnefice *esterno,* nei confronti del quale vuole avviare una separazione formale, non coincide ancora con l'allontanamento dal suo *carnefice interno,* che per anni l'ha spinta a doversi guadagnare affetto a qualsiasi costo, in quanto indegna.
La convivenza coi perversi relazionali (prima il padre e il marito poi) si trasforma in una sorta di innesto psichico, dove le parole del carnefice sono così reiterate nel vuoto relazionale della vittima che finiscono per diventare voci interne della stessa.
L'incontro con un terapeuta vivo e non perverso può diventare lentamente l'opportunità di introiettare un nuovo oggetto interno, che può essere usato dalla paziente.
Pz: "*Sa dott.ssa quando lui mi chiama e vuole incontrarmi, d'istinto io vorrei andare, poi non so è come se lei… mi apparisse davanti! E mi dico. No! perché devi farti questo!?E rimango a casa…in pace.*"

Bibliografia

Ferenczi S. "Confusione delle lingue tra adulti e bambini" articolo del 1923
Filippini S. "Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia" Franco Angeli 2005
Klein M. "Sullo sviluppo dell'attività psichica" - Scritti 1921-1958 Bollati Boringhieri Torino 1978
Tabbia C. "Clinica del significato" Alpes Barcellona 2021
Winnicott D. "Sviluppo affettivo e ambiente" Armando Editore 1970

Neurocezione Organizzativa e Trauma-Informed Leadership: un Position Paper contro la violenza relazionale in azienda

di Luca Reforgiato e Francesca Susinni

La violenza relazionale nei contesti lavorativi colpisce il 21% dei lavoratori a livello globale (Lloyd's Register Foundation, 2022), manifestandosi attraverso mobbing, micro-aggressioni ed esclusione sistematica. Gli approcci tradizionali – basati su valutazioni psicometriche e protocolli disciplinari – non intercettano le radici neurobiologiche del trauma: l'iperattivazione dell'amigdala, la disregolazione cortisolica e i deficit di memoria di lavoro derivano da esposizioni croniche a dinamiche tossiche. La Trauma-Informed Leadership (TIL) colma questa lacuna, formando i leader e trasformandoli in "antenne cliniche" capaci di decodificare segnali traumatici e attivare risposte riparative.

La svolta neuroscientifica: La Teoria Polivagale in azione

La neurocezione (Porges, 2011) – il sistema di rilevamento automatico delle minacce – spiega perché certe dinamiche lavorative inneschino reazioni disadattive. Quando un dipendente percepisce pericolo relazionale (es.: tono sarcastico, esclusione sistematica), il corpo attiva stati di difesa: ipervigilanza, freezing o shutdown. Leader formati alla TIL riconoscono questi segnali nei dipendenti:

- Fisici: tremori, rigidità posturale
- Comportamentali: evitamento, eccessivo controllo
- Emotivi: reazioni sproporzionate

Integrando i principi SAMHSA (2014) legati alla sicurezza psicologica, all'empowerment e alla collaborazione bidirezionale, si può trasformare l'ambiente da minaccioso a sicuro.

Il Protocollo Operativo per la Trauma-Informed Leadership

Le quattro fasi che seguono si fondano sui principi di neurocezione (Porges, 2011) e sui pilastri SAMHSA (2014), offrendo un percorso operativo chiaro, riproducibile e già sperimentato (in contesti internazionali). L'efficacia del protocollo risiede nella progressione neurofisiologicamente allineata delle azioni, ciascuna delle quali richiede competenze specifiche e produce output misurabili (McEwen, 2007).

L'implementazione inizia con la fase di Sospensione del Giudizio, momento fondamentale in cui il leader deve creare uno spazio psicologico neutro attraverso tecniche validate di ascolto non direttivo (Gordon, 1970). L'operatività si concretizza nell'utilizzo sistematico di formulazioni aperte, evitando qualsiasi forma di presupposizione prematura (Holden & Bruce, 2024). Ad esempio: da "Cosa ti ha impedito di collaborare di più in questo

progetto?" (si presuppone un basso livello di collaborazione), ad una versione più neutra "Come descriveresti il livello di collaborazione generale di questo progetto?"
Prosegue con la fase di Ascolto Attivo, che richiede la decodifica dei bisogni inespressi mediante riformulazioni empatiche secondo il modello trifasico: 1) identificazione degli elementi emotivi, 2) restituzione mediante espressioni standardizzate ("Dalla sua descrizione, percepisco una sensazione di..."), 3) verifica dell'accuratezza percettiva (Rogers, 1957).
La terza fase, Focalizzazione sui Bisogni Immediati, implica l'interruzione della cascata neurofisiologica dello stress (Sapolsky, 2004) attraverso interventi concreti documentati nel registro aziendale degli accomodamenti ragionevoli, inclusi riallocazioni temporanee di mansioni e implementazione di pause rigenerative programmate (Tarro et al., 2020).
Il protocollo culmina con l'Esplorazione di Soluzioni Condivise, applicando metodologie workshop validate (Bronfenbrenner, 1979) per: a) mappatura partecipata delle criticità, b) generazione collaborativa di soluzioni, c) definizione di piani d'azione con follow-up mensili.
L'efficacia del modello è dimostrata dallo studio controllato di Clemans & Garcia (2023) che riportano incrementi della sicurezza psicologica e riduzioni delle micro-aggressioni entro 6 mesi dall'implementazione.

Lo Psicologo come Formatore dei Sistemi Trauma-Informed: Funzioni Operative

La formazione dei leader nella TIL trascende il semplice trasferimento di tecniche, configurandosi come un processo clinico-organizzativo complesso che richiede l'intervento specialistico dello psicologo in tre funzioni sinergiche (Porges, 2011; SAMHSA, 2014).
L'operatività inizia con una progettazione su misura, dove lo psicologo conduce un assessment neuro-ecologico preliminare attraverso focus group strutturati e l'applicazione di strumenti validati. Questa analisi contestuale consente di adattare il protocollo alle specificità organizzative.
Segue la formazione esperienziale con biofeedback, fase in cui lo psicologo integra moduli neuroscientifici sull'identificazione dei segnali somatici del trauma (alterazioni respiratorie, microespressioni facciali) con simulazioni pratiche (Dawson et al., 2017). I dati quantitativi confermano che i leader formati con questa metodologia mostrano un incremento del 42% nell'accuratezza di riconoscimento degli stati neurocettivi (Smith et al., 2023, p. 28), trasformando la teoria in competenza osservabile.
Il percorso culmina con la supervisione trasformativa, un affiancamento di sei mesi in cui lo psicologo garantisce revisioni bimestrali delle interazioni critiche e mediazione nei percorsi riparativi tramite Accountability Circle, ossia piccoli gruppi di leader, facilitati dallo psicologo, che si incontrano regolarmente per presentare casi reali e problematiche emerse e darsi feedback strutturati. Questo accompagnamento continuo assicura che le nuove abilità si radichino nel fare quotidiano e che il protocollo diventi parte integrante della cultura organizzativa (McEwen, 2007).

La Sfida Necessaria

La diffusione della Trauma-Informed Leadership in Italia, sebbene promettente, si scontra con limiti critici nelle Piccole e Medie Imprese: risorse ridotte, strutture gerarchiche rigide e mancanza

di dati biometrici a supporto delle valutazioni. Per superare questi ostacoli servono interventi normativi urgenti: 1) Inserire il PTSD lavoro-correlato nella valutazione dei rischi psicosociali (D.Lgs. 81/2008). 2) Definire linee guida per l'"Emotional Privacy" e l'uso etico dei biomarcatori (GDPR art. 9), al fine di abilitare la raccolta sistematica di dati durante gli interventi aziendali e supportare la realizzazione di case study. 3) Integrare la Trauma-Informed Leadership tra i requisiti di conformità per la certificazione ISO 45003 (lo standard internazionale volontario per la gestione dei rischi psicosociali e la promozione della salute mentale sul lavoro). L'applicazione del protocollo rappresenterebbe un vantaggio anche per le aziende. Studi recenti mostrano che le PMI che adottano la Trauma-Informed Leadership registrano una riduzione del turnover tra il 20% e il 35% e un calo dell'assenteismo di 1–2 giorni per dipendente all'anno, raggiungendo il pareggio dell'investimento già entro 9–12 mesi (Tarro et al., 2020). Questi risultati non solo generano risparmi sui costi legati alla rotazione del personale e alle assenze, ma migliorano l'engagement interno e rafforzano la reputazione aziendale come ambiente di lavoro sicuro e attrattivo—fattori chiave per la resilienza organizzativa e la fidelizzazione dei talenti (Eurofound, 2018).

Riferimenti bibliografici

Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Harvard University Press.

Cacioppo, J. T., Tassinary, L. G., & Berntson, G. G. (Eds.). (2017). Handbook of Psychophysiology (4th ed.). Cambridge University Press. Dawson, M. E., Schell, A. M., & Filion, D. L. (2017). The electrodermal system (pp. 217–243).

Clemans, T., & Garcia, A. (2023). The role of school leaders in cultivating a trauma-informed school climate: A randomized controlled trial. Children and Youth Services Review, 146, Article 106816. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.106816

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81. (2008). Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 101.

Eurofound. (2018). Work related stress: Costs and strategies to improve productivity. Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/work-related-stress-costs-and-strategies-to-improve-productivity

Fisk, G. M., & Daoust, L. E. (2025). Advancing a trauma informed approach to leadership in the workplace: A conceptual review and theoretical extension. Psychology of Leaders and Leadership. Advance online publication. https://doi.org/10.1037/mgr0000172

Gordon, T. (1970). Parent Effectiveness Training. Wyden Books.

Holden, S., & Bruce, J. (2024). Trauma-informed practices and leadership education: A literature review. Journal of Leadership Education, 23(1), 1–14. https://doi.org/10.1108/JOLE-01-2024-0016

Lloyd's Register Foundation. (2022). Safe at work: Global experiences of violence and harassment [Infographic summary]. https://www.lrfoundation.org.uk/publications/safe-at-work-global-experiences-of-violence-and-harassment

McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation. Physiological Reviews, 87(3), 873–900. https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006

Porges, S. W. (2011). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self Regulation. W. W. Norton & Company.

Regolamento (UE) 2016/679. (2016). Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR). Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, L 119, 1–88. https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21(2), 95–103. https://doi.org/10.1037/h0045357

SAMHSA. (2014). Trauma Informed Care in Behavioral Health Services (Treatment Improvement Protocol No. 57). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816

Sapolsky, R. M. (2004). Why Zebras Don't Get Ulcers (3rd ed.). Holt Paperbacks.

Tarro, L., Llaurado, E., Ulldemolins, G., Hermoso, P., & Sola, R. (2020). Effectiveness of workplace interventions for improving absenteeism, productivity, and work ability of employees: A systematic review and meta analysis of randomized controlled trials. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(6), 1901. https://doi.org/10.3390/ijerph17061901

Il lavoro clinico con le donne vittime di violenza relazionale secondo un approccio cognitivo-comportamentale: esperienza del Centro Salute Mentale di Sciacca

di Antonella Ardizzone, Laura Bono, Maria Tornambè, Jorge Buey Hernan, Leonardo Giordano, Angela Spataro

ABSTRACT

L'articolo presenta l'esperienza clinica maturata presso il Centro di Salute Mentale di Sciacca (ASP di Agrigento) nel trattamento di un campione di 25 donne vittime di violenza relazionale, seguite secondo un modello terapeutico cognitivo-comportamentale. Il lavoro si propone di condividere le modalità operative di presa in carico psicologica, dalla fase di assessment alla formulazione del caso, fino al trattamento, con particolare attenzione alla comorbilità psichiatrica e alla dipendenza affettiva. I risultati evidenziano dei miglioramenti nei livelli di ansia e depressione, un aumento della consapevolezza delle dinamiche di abuso e una progressiva riattivazione delle risorse personali. L'approccio cognitivo-comportamentale si conferma efficace nel supportare il percorso di autonomia e ristrutturazione del Sé nelle vittime di violenza relazionale (Linehan, 2019; Lebruto, et. al 2022 Dimaggio, et al. 2007).

INTRODUZIONE

La violenza relazionale e la dipendenza affettiva

La violenza relazionale è una forma di maltrattamento che si verifica all'interno di legami affettivi significativi, come relazioni di coppia o familiari. A differenza della violenza esercitata da estranei, essa avviene in un contesto emotivo, rendendo più difficile riconoscerla e interromperla. Può includere violenza fisica, psicologica, sessuale ed economica, con dinamiche di controllo, umiliazione e isolamento (Baldry, 2006; Caretti et al. 2008). Un elemento critico nel lavoro clinico con queste donne è la dipendenza affettiva, un attaccamento disfunzionale alimentato da bassa autostima e paura dell'abbandono, che ostacola la possibilità di uscire dalla relazione abusiva (Lebruto, et. al 2022; Caretti et al. 2008).

L'intervento cognitivo-comportamentale risulta elettivo nella ristrutturazione degli schemi rigidi, dei pensieri disfunzionali e dei comportamenti auto-sabotanti, aiutando le donne a ricostruire la propria identità ed autonomia (Beck, 2020; Linehan, 2019;).

Il lavoro clinico descritto si svolge presso il CSM di Sciacca, struttura del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASP di Agrigento. Il Centro, riferimento per l'assistenza psichiatrica territoriale, collabora con servizi sociali, consultori familiari, centri

antiviolenza e sistema giudiziario per garantire un intervento coordinato. Lo scopo dell'articolo è condividere le modalità operative e gli interventi clinici a supporto di donne vittime di violenza relazionale, analizzando un campione di 25 donne che hanno subito abusi da partner o ex partner. Il percorso psicologico è stato orientato alla ricostruzione dell'identità, al riconoscimento delle dinamiche disfunzionali e alla modifica di schemi legati a senso di colpa, svalutazione e dipendenza affettiva. L'approccio cognitivo-comportamentale ha promosso l'empowerment, la gestione emotiva e la costruzione di legami più sani.

ATTIVITÀ CLINICA E DI PRESA IN CARICO

Nel periodo compreso tra febbraio e giugno 2025, il CSM ha preso in carico 25 donne tra i 19 e i 63 anni, con età media pari a 39,6 anni. Si tratta di donne che hanno vissuto situazioni di abuso, spesso prolungate nel tempo, e che si sono rivolte al servizio in seguito a eventi traumatici acuti o a percorsi di separazione conflittuale. Il 67% è arrivato su invio del Tribunale per Minori, spesso in seguito a segnalazioni sociali; il 33,3% ha effettuato accesso spontaneo al servizio, manifestando la volontà di ricevere supporto psicologico; mentre il 29,1% di donne risiedono attualmente in strutture protette, a indirizzo segreto, per motivi di sicurezza.

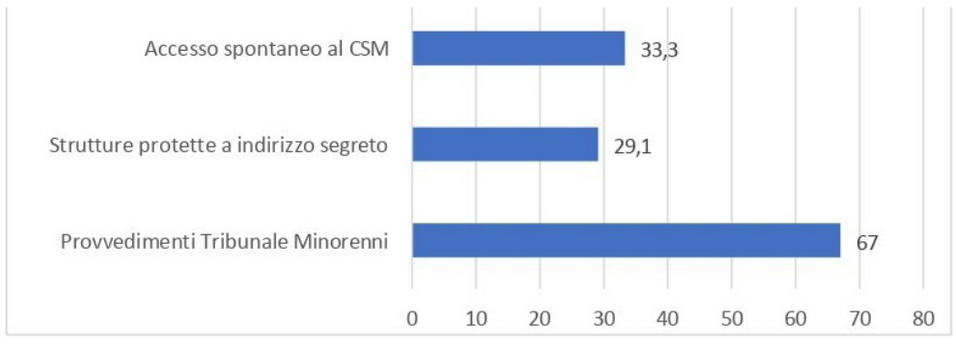


Figura 1. Modalità di accesso al CSM di Sciacca tra donne vittime di violenza relazionale

Dalle prime valutazioni psichiatriche e psicologiche è emersa una comorbilità significativa. In particolare l'87,5% manifesta disturbi d'ansia e depressione, il 12,5% un ritardo mentale lieve, l'8,3% un disturbo bipolare, e la metà del campione è attualmente sottoposta a trattamento farmacologico.

Nel corso dell'assessment iniziale sono stati somministrati i seguenti test psicodiagnostici:

- *State-Trait Anxiety Inventory STAI* (Spielberger, et. Al 1983)
- *Beck Depression Inventory-II BDI-II* (Beck et al.,1996)
- *Wechsler Adult Intelligence Scale Fourth Edition WAIS – IV* (Wechsler, 2016)
- *Symptom Checklist-90-Revised SCL-90-R* (Derogatis, 1994)
- *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders SCID-II:* (First, et al. 1997)

Dalle procedure di scoring sono stati rilevati i seguenti risultati:

- il 67% presenta ansia e depressione gravi;
- il 21% sintomi moderati;
- il 12% sintomi lievi.

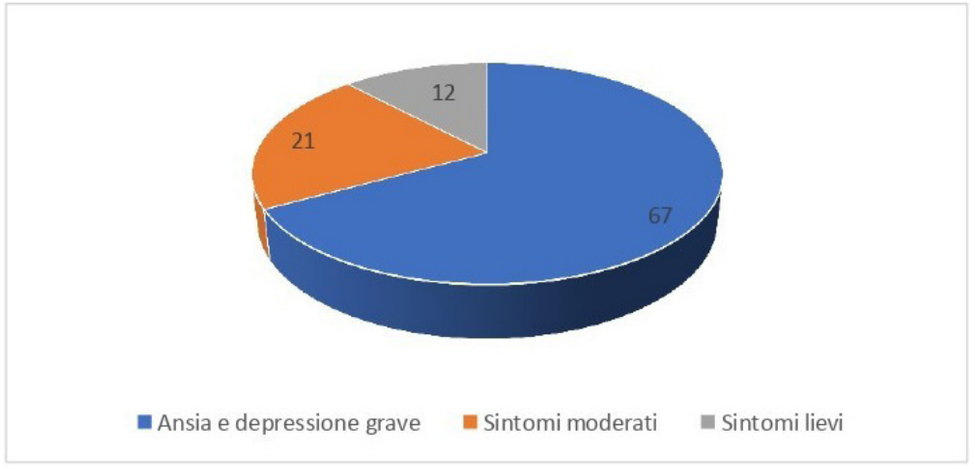


Figura 2. Distribuzione della gravità dei sintomi ansiosi e depressivi

Sono inoltre emerse altre problematiche psicologiche rilevanti: il 12,5% delle pz. presenta disturbi da dipendenza da sostanze; mentre, dal punto di vista del funzionamento di personalità, si riscontrano tratti borderline nel 12,5%, tratti dipendenti nel 45,8%, narcisistici nel 4,1%, e istrionici nell'8,3% del campione. Questi dati confermano la necessità di un intervento psicologico.

ATTIVITÀ DI INTERVENTO PSICOTERAPICO

Il trattamento, ispirato all'approccio cognitivo-comportamentale (Linehan, 2019;), si è articolato in diverse fasi. Dopo il primo colloquio clinico, è stato applicato il modello ABC (Beck, 2020), dell'Analisi Cognitiva e Comportamentale, che ha permesso di identificare gli Antecedenti (situazioni attivanti), le Beliefs (credenze disfunzionali e schemi cognitivi) e le Conseguenze emotive e comportamentali, fornendo un primo inquadramento del funzionamento psicologico della persona, utile per identificare situazioni attivanti, credenze disfunzionali e conseguenze emotive/comportamentali. Si è poi passati alla formulazione del caso, integrando i dati raccolti in un quadro clinico utile a guidare l'intervento. Tra le tecniche utilizzate, vi è la psicoeducazione sul ciclo della violenza (Galeazzi et al. 2013; Gilbert et al, 2009), composto da tensione, aggressione, riconciliazione e apparente calma, che spesso porta la vittima a minimizzare o giustificare l'abuso. Comprendere questo schema è stato per molte pazienti un punto di svolta. Altre tecniche impiegate, sono: normalizzazione e regolazione emotiva, ristrutturazione cognitiva, gestione dell'ansia e rafforzamento dell'autoefficacia (Galeazzi et al. 2013). Il trattamento ha avuto anche una funzione di contenimento e sostegno, volto a riattivare l'autonomia, con l'obiettivo finale di interrompere i legami traumatici e promuovere nuove modalità relazionali più sicure e consapevoli.

ESITI CLINICI ED OUTCOME PRIMARI

Al termine del percorso di presa in carico, condotto tra febbraio e giugno 2025, le pazienti hanno mostrato miglioramenti a livello sintomatologico, relazionale e funzionale. La rivalutazione con gli strumenti diagnostici ha evidenziato una riduzione dei sintomi ansioso-depressivi e una maggiore consapevolezza emotiva.
La maggior parte delle donne ha iniziato a riconoscere i segnali precoci di abuso, riducendo senso di colpa e vergogna, e modificando credenze rigide. In diversi casi è stato osservato un distacco progressivo dal partner abusante, anche grazie al supporto di strutture protette, e una riattivazione di risorse sociali e lavorative precedentemente compromesse dalla condizione di dipendenza affettiva o isolamento. Complessivamente, l'intervento ha dimostrato buona efficacia nel favorire consapevolezza, autonomia e una narrazione di sé più positiva e meno colpevolizzante.

CONCLUSIONI

L'esperienza clinica maturata presso il CSM di Sciacca, ha evidenziato una profonda sofferenza psicologica vissuta dalle donne vittime di violenza relazionale, spesso aggravata dalla dipendenza affettiva. L'approccio cognitivo-comportamentale si è rivelato funzionale nel fornire strumenti concreti per riconoscere le dinamiche disfunzionali, rielaborare i traumi e potenziare l'autonomia. Questo percorso conferma il valore di un intervento clinico integrato, continuativo e contestualizzato, capace di promuovere cambiamento e ricostruzione personale.

Per il futuro, si auspica un potenziamento di tali percorsi all'interno della sanità pubblica, con maggiori risorse, sinergie e competenze specifiche per rispondere in modo efficace ai bisogni di una popolazione vulnerabile e complessa.

Bibliografia

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. Psychological Corporation.

Beck, J. S. (2020). *Terapia cognitivo-comportamentale: Fondamenti e applicazioni* (3ª ed.). Roma: Astrolabio.

Baldry, A. C. (2006). *Violenza domestica e relazioni di intimità: valutazione, trattamento e prevenzione*. Milano: FrancoAngeli.

Caretti, V., & La Barbera, D. (2005). *Le dipendenze patologiche: clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.

Caretti V., Craparo G. (2008). La disregolazione affettiva e la dissociazione nell'esperienza traumatica, in Caretti V., Craparo G. (Eds), Trauma e Psicopatologia. Un approccio evolutivo relazionale (2008). Roma: Astrolabio.

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised: Administration, Scoring, and Procedures Manual*. NCS Pearson.

Dimaggio, G., Semerari, A., & Popolo, R. (2007). *Terapia metacognitiva interpersonale: Manuale clinico per i disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). *SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. American Psychiatric Press.

Galeazzi, A., & Meazzini, P. (2013). *Mente e Comportamento*. Trattato di Psicoterapia cognitivo-comportamentale. Firenze: Giunti OS.

Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2009) *La relazione terapeutica in psicoterapia cognitivo comportamentale*. Eclipsi, Collana Scienze cognitive.

Herman, J. L. (2015). *Il trauma e il recupero. Dalla violenza domestica alla tortura politica*. Milano: Raffaello Cortina.

Lebruto, M., Calamai, L., Caccico, M., & Ciorciari, G. (2022). *Dipendenza affettiva. Diagnosi, assessment e trattamento cognitivo-comportamentale*. Roma: Erickson.

Linehan, M. M. (2019). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.

Meazzini, P. & Carnevali, F. (Eds) (2016). Dal Comportamentismo alla terapia del comportamento. Collana CBT in azione

Norwood, R. (2019). *Donne che amano troppo*. Milano:Feltrinelli.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press.

Come se mi fossi sentita privata di momenti. Il trauma relazionale complesso e traumatizzazione del Sé: il controllo materno come forma di violenza relazionale

di Gabriella Papadia

"Ho riflettuto sulla violenza di certe dinamiche con cui sono cresciuta, dal silenzio punitivo al dover distruggere me stessa per essere amata. Fa male, ma sto facendo mie le parole che ci siamo dette nella scorsa seduta. Tanto quanto ho imparato ad odiarmi, adesso sto imparando ad amarmi"

(dai pensieri liberi di A. dopo un anno e tre mesi di trattamento)

Esiste una forma di violenza mascherata d'amore, una tra le tante, passibile di giustificazioni perché cresce in terreni credibili, tra le mura di casa, quella che agiscono le madri controllanti. Non è solamente controllo, è molto di più, è un incastro pericoloso che non ha come protagonisti solamente la madre ed il figlio, in questo scenario sono presenti i fantasmi del genitore, fantasmi violenti che si muovono sottecchi dentro le dinamiche della diade, che smette di essere tale e diventa una folla. Generalmente le madri in questione presentano uno stile genitoriale autoritario dove il controllo diventa l'unica modalità per stare in relazione con il figlio che di conseguenza non trova spazio libero per esprimere bisogni e desideri. La cura di questi, infatti, viene posta in secondo piano poiché non rappresentano esattamente ciò che vive nella mente rigida del genitore. Sappiamo bene cosa succede nel genitore quando il bambino reale e quello immaginario non coincidono: frustrazione, delusione delle aspettative, disconoscimento e quando può andare peggio l'abbandono emotivo. Per questi genitori l'investimento emotivo allucinato durante la gravidanza lascia il posto al nuovo scenario: un figlio che non è a sua immagine e somiglianza e che molto probabilmente non farà altro che deluderlo. Inizia così l'abuso relazionale dentro un'escalation di richieste trasparenti, quasi impalpabili, non parlate ma estremamente violente dove la dimostrazione d'affetto può concretizzarsi soltanto se il figlio si comporta come farebbe il genitore. Identificazione proiettiva, proiezione narcisistica e dinamiche controllanti: un cocktail letale. L'unico ed inevitabile esito sarà il formarsi di un bambino, un adolescente, un adulto che non ha mai sperimentato se stesso se non per realizzare le aspettative genitoriali. In terapia, per esempio, ci potremmo ritrovare di fronte ad un funzionamento graniticamente orientato sul Falso sé. La madre sperimenta se stessa come sufficientemente

buona perché nel controllo comunque protegge il figlio dalle insidie del mondo e quest'ultimo diventa un oggetto iperinvestito narcisisticamente che molto probabilmente ondeggerà tra l'insicurezza perenne e tratti psicopatologici. L'unico movimento psichico possibile per il figlio diventa così il "*Come tu mi vuoi a costo di non vivere veramente perché altrimenti smetto di esistere nella tua mente e tu mi abbandoni*". Ecco la violenza. Le madri che presentano personalità borderline non riuscendo a percepire i propri sentimenti e le proprie emozioni non sono in grado di orientare i figli in tal senso e questi a loro volta non saranno in grado né di accogliere né di capire le loro. Nella mia esperienza clinica spesso mi sono ritrovata di fronte pazienti adulti con altissimi livelli di vulnerabilità emotiva, totalmente incapaci di leggere sé stessi in termini di bisogni e desideri ma estremamente impegnati a capire quelli dell'Altro. Il danneggiamento emotivo porta questo tipo di pazienti a vivere perennemente nel senso di colpa, il pensiero di non essere mai abbastanza e mai all'altezza dell'Altro li divora. Vivono con la sensazione costante di essere in debito, elemosinano amore. Spesso presentano scarsa capacità introspettiva, faticano a "sentire" i propri bisogni e a trovare modalità sane e adattive per soddisfarli. D'altronde l'impegno è tutto lì, concentrato sull'esigenza di soddisfare i bisogni altrui come un tentativo continuo e allucinato di rispondere alla richieste materne. In tal senso, il ripetersi della violenza è autodiretto: "Danneggio me per non deludere te". Questa forma di violenza non lascia lividi visibili sul corpo ma si muove come un veleno a lento rilascio inficiando lo sviluppo dell'identità. Non c'è nemmeno spazio per la fiducia. E così l'assenza di fiducia e del "non essere abbastanza" vengono veicolate attraverso il controllo, mascherate da cura e attenzione, giorno dopo giorno, meccanismi, questi, che rendono invisibili l'abuso relazionale. Per riportare un esempio, una mia paziente, A. 30 anni (figlia di una madre depressa e controllante e di un padre emotivamente assente e a sua volta controllato dalla moglie), è cresciuta con la convinzione che fidarsi degli altri fosse la cosa più sbagliata al mondo e che solo sua madre poteva essere detentrice e protettrice dei suoi segreti e delle sue paure. Quando A. era piccola e poi adolescente la madre le controllava l'alimentazione per poi regalarle critiche violente sul suo aspetto fisico, decideva con chi doveva relazionarsi (amiche e fidanzati, nessuno aveva scampo), le affidava il fratello più piccolo accertandosi che fosse una sorella responsabile. In compenso A. sviluppa presto sintomatologia legata ad anoressia nervosa e tic motori. Diversi studi hanno indagato la qualità delle interazioni alimentari tra bambini con anoressia nervosa e le loro madri dimostrando che bassa reciprocità diadica, intrusività materna, elevato conflitto interattivo, affetti negativi e mancanza di piacere caratterizzano i pattern interattivi alimentari tra le madri e i bambini con anoressia. In seguito la madre di A. proverà a controllare anche i tempi di un'eventuale gravidanza. Ciò che spinge A. ad iniziare il trattamento ha a che fare con il sentirsi "*privata di momenti*", perché si sente in gabbia, perché si sente in colpa dell'odio che prova nei confronti della madre e del fratello, e in fin dei conti dell'odio che prova verso se stessa. Come si può provare amore

per se stessi se nessuno ci ha mai visti? A tal proposito, la letteratura ci mostra come le madri che da bambine non si sono sentite viste, protette o amate possono sviluppare un attaccamento ansioso e cercare di evitare, a tutti i costi, che i propri figli "*soffrano come hanno sofferto loro*". L'ipercontrollo del genitore, in questi termini, diventa un mezzo per mantenere un senso di sé coeso. In terapia i pazienti cresciuti come estensione del sé del genitore presentano una matrice psichica portata a saturazione dalla presenza del pensiero materno e presentano spesso vissuti legati a rabbia esplosiva/o intermittente poichè sono stati sottoposti a giudizi costanti sulle scelte personali (partner, lavoro, stile di vita), e sentimento di colpa massiccio per tutte le volte che hanno cercato di autodeterminarsi. Crescono come terreni violabili, chiunque può entrare, lasciare traccia e andare via. Quando l'imperativo materno grida: "*se tu ti allontani per diventare te stesso, io mi svuoto*", ogni gesto di autonomia viene letto come una minaccia alla relazione simbiotica. In chiave psicodinamica si tratta spesso di una mancata individuazione, dove madre e figlio restano emotivamente "*con-fusi*" l'uno con l'altro. Il figlio non è più un soggetto separato, ma un oggetto funzionale alla riparazione delle ferite materne. È una spinta arcaica, questa, che nasce spesso dalle carenze affettive della madre. Potremmo leggere l'aggressività agita nella relazione con il figlio, quindi, come risposta al conflitto interno della madre. Nei casi più gravi assistiamo alla presenza del narcisismo maligno: questo tipo di costellazione patologica oltre ad essere letta come organizzazione difensiva può rappresentare una delle radici profonde del controllo materno, il più invasivo e manipolatorio. In questo caso, il bisogno di controllo non nasce solo da insicurezze o paure affettive, ma da una struttura di personalità centrata sul potere e la negazione dell'altro come soggetto autonomo. Quando il figlio resiste alla fusione, la madre fa esperienza del tradimento e della perdita di controllo. La violenza psicologica viene agita o in modo velato attraverso induzione della colpa, l'attivazione perenne della critica e la manipolazione affettiva o in modo esplicito tramite movimenti di svalutazione e silenzio punitivo. Sin dalle prime sedute con pazienti figli di madri controllanti, diventa possibile palpare la loro totale incapacità di mettere confini e di porre limiti tra loro e il mondo esterno. Il trauma relazionale vissuto da questi pazienti è spesso associato all'insorgenza del PTSD. In molti casi non si parla di PTSD "classico", ma di trauma complesso legato a relazioni disfunzionali ripetute come nella teoria dell'attaccamento disorganizzato o nel modello di Janina Fisher. Seconda questa chiave di lettura, *il trauma non è tanto "cosa è successo", ma cosa non è stato possibile sentire o essere*. Spesso i figli di genitori *ipercontrollanti* diventano adulti *controllati*. Si strutturano sul "trattenere" dove ogni spinta interna viene inconsciamente bloccata perché potrebbe passare al vaglio del controllo genitoriale. La finalità di un progetto psicoterapico potrebbe essere quella di perseguire il riconoscimento del trauma relazionale precoce attraverso il raggiungimento dei seguenti obiettivi: la ricostruzione di una memoria autobiografica coerente, la possibilità di differenziarsi psichicamente dalla madre, la riparazione del

legame interno con l'immagine materna, lo sviluppo di confini interni stabili, la ricostruzione dell'autostima e di un Sé autonomo e desiderante. La possibilità di riuscire a superare la colpa e sposare la *soggettivizzazione* per questo tipo di pazienti è sfiancante, si sentono responsabili e artefici della decostruzione e della rottura del legame con il genitore abusante.

Prendendo in esame il modello del trauma complesso di J.Fischer vediamo come le parti interne di questi pazienti (la parte sopravvissuta che cerca di funzionare nonostante il trauma e si muove secondo evitamento, le parti protettive ipercritiche e orientate a compiacere l'Altro, le parti traumatizzate che presentano un blocco nel passato e afferiscono alle memorie traumatiche) sembrano perdere il dialogo tra loro. La relazione terapeutica diventa lo spazio dove diventa possibile l'integrazione delle parti del paziente e non luogo di elaborazione forzata. Studi psicoanalitici recenti mostrano come le esperienze traumatiche hanno il potere di influenzare la struttura e la funzione cerebrale, con implicazioni per la trasmissione intergenerazionale del trauma. Nell'analisi clinica è importante orientarsi attraverso i modelli dell'attaccamento e delle memorie emozionali, elementi basici nella formazione dell'identità e nella perpetuazione dei modelli traumatici. Riporto di seguito le parole di una mia paziente dopo un anno e otto mesi di trattamento: P. 38 anni docente abilitata al sostegno, cresciuta all'interno di una relazione diadica basata sul controllo. Il trattamento si è basato dapprima sul recupero delle memorie traumatiche e dei bisogni infantili non soddisfatti e inseguito sulla possibilità di perseguire un processo di integrazione tra questi e i desideri attuali. Il leitmotiv del percorso si è dispiegato sulla possibilità della paziente di potersi pensare capace di edificare confini, di lasciare andare i carichi emotivi e di fare spazio all'emotività, alla spontaneità e ai processi creativi.

"Avevo bisogno di mettere spazio tra me e le cose, mi sentivo sommersa, come in apnea. Anche se sono fragile mi sento più forte, affronto le cose come se per la prima volta potessi dare priorità a quello che sento... E anche se ho una sbavatura, chissenefrega! Anche nelle difficoltà mi sento bene, il percorso che sto facendo è esattamente quello che devo fare. Ho pensato che sarei stata in grado di farlo... Sono curiosa di vedermi con un aspetto diverso. Mi sono aperta alle sensazioni che provo, non posso alleviare sempre le ansie altrui. Non ho mai dato peso alle mie emozioni. E sono stupita! È come se non avessi mai assaporato nulla, ho solo assaggiato. Sto accettando l'idea di poter scivolare, può succedere, posso cadere, non succede nulla"

Bibliografia

24-26 Lug 2014, New York – 15° Congresso Internazionale di Neuropsicoanalisi “Current Neuropsychoanalytic Research”. Resoconto di Cristiana Pirrongelli

Abazia, L. (2022). Stili genitoriali e violenza “child-to-parent” negli adolescenti e giovani adulti italiani. TOPIC-Temi di Psicologia dell'Ordine degli Psicologi della Campania, 1, 10-53240.

Fisher, J. (2017). Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming internal self-alienation. Routledge.

Fisher, J. (2021). Transforming the living legacy of trauma: A workbook for survivors and therapists. Pesi.

Lucarelli, L., Cimino, S., & Ammaniti, M. (2012). Quadri clinici rilevanti dei disturbi alimentari dell’infanzia: Nuove prospettive nella classificazione diagnostica e nella ricerca. Infanzia e Adolescenza.

Lucarelli, L., & Speranza, A. M. (2014). Modelli operativi interni e psicopatologia delle madri nel quadro clinico dell'anoressia infantile: uno studio sui fattori di rischio nella relazione madre-bambino. Psichiatria e Psicoterapia, 33.

Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. Psychiatric Clinics, 29, 263-279.

Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 3, 76.

Violenza femminile sugli uomini: una prospettiva sistemica sulla dinamica relazionale e le sfide cliniche

Di Alessandra Salerno e Raffaella Mineo

L'approccio sistemico alla violenza rappresenta una chiave di lettura fondamentale per cogliere la complessità delle dinamiche relazionali nei contesti in cui si manifesta. Quando la violenza è agita da una donna nei confronti di un uomo, tale prospettiva consente di andare oltre le narrazioni lineari e stereotipate, offrendo strumenti per comprendere pattern interattivi disfunzionali che spesso restano nell'ombra.

In ambito sistemico, la violenza non è mai un atto isolato, ma un segnale di disagio all'interno di un sistema relazionale alterato: un contesto dove i confini sono confusi, la regolazione emotiva è compromessa e i circuiti comunicativi tendono a ripetersi in modo patologico. La partner che agisce violenza occupa frequentemente una posizione di potere latente nel sistema, utilizzando comportamenti etero-aggressivi come strategie di controllo interpersonale e modalità di gestione dell'ansia sistemica attraverso meccanismi di triangolazione disfunzionale.

Nonostante la crescente attenzione dedicata alla violenza domestica, l'attenzione accademica e clinica si è concentrata prevalentemente sulla violenza maschile, lasciando spesso in secondo piano le forme, meno visibili ma non per questo meno impattanti, della violenza agita dalle donne. Tuttavia, l'evidenza empirica disconferma categoricamente l'assunto della rarità dell'aggressività femminile. Sebbene emerga una prevalenza statisticamente significativa dell'aggressività fisica maschile, le differenze intergenere risultano moderate e sostanzialmente mediate dalla tipologia comportamentale oggetto di osservazione. Un elemento particolarmente critico riguarda i limiti metodologici delle ricerche stesse: i ricercatori spesso utilizzano categorie descrittive riferite a modelli comportamentali connessi esclusivamente all'abusante di genere maschile, rendendo difficile il riconoscimento di dettagli specifici del comportamento femminile. Questo *bias* metodologico contribuisce significativamente alla sottostima del fenomeno, impedendo di esplorare adeguatamente le dinamiche specifiche dell'abuso al femminile.

Quando si sposta il focus su forme meno visibili di aggressività — come quella verbale, relazionale o indiretta — il quadro cambia. In queste manifestazioni, le donne, fin dall'infanzia, risultano spesso più attive dei coetanei maschi. Pettegolezzi, esclusioni, diffusione di segreti o informazioni riservate sono strumenti che possono essere utilizzati per danneggiare la reputazione e le relazioni sociali dell'altro, in modo subdolo ma estremamente efficace.

La problematica assume connotazioni non esclusivamente cliniche ma sistemiche-culturali. Le rappresentazioni sociali perpetuano costrutti ideologici che naturalizzano l'aggressività maschile mentre patologizzano quella femminile, alimentando un doppio standard che giustifica o minimizza la violenza agita dalle donne,

contribuendo alla sua invisibilità. Un effetto diretto di questo pregiudizio è la scarsa attenzione rivolta agli uomini vittime di violenza, spesso definiti *vittime segrete*. Le loro storie faticano a emergere, non solo nei dati statistici ma anche nei servizi di aiuto, dove scetticismo e derisione possono compromettere l'accesso alla protezione e alla cura. Solo recentemente la letteratura ha cominciato a riconoscere la possibilità che anche gli uomini possano essere vittime nelle relazioni intime.

Studi condotti sul tema della *Intimate Partner Violence* (IPV) hanno messo in luce una realtà ben più complessa e simmetrica di quanto si sia pensato in passato. Le ricerche di Straus, ad esempio, indicano che la forma più comune di violenza nella coppia è reciproca, e che la violenza agita dalle donne non è un'eccezione ma parte integrante dei pattern disfunzionali che si instaurano nella relazione.

Un altro nodo critico è rappresentato dalle traiettorie transgenerazionali: essere testimoni di violenza in età infantile aumenta significativamente il rischio di riprodurre modelli violenti da adulti. In questa prospettiva, anche la violenza agita dalle donne merita attenzione specifica, non solo per una questione di equità, ma perché affrontarla può avere ricadute importanti anche nella prevenzione della violenza maschile.

Sul piano clinico, appare necessario interrogarsi anche sulle "ragioni del rimanere" da parte degli uomini in relazioni violente. Se le donne spesso non riescono a interrompere il legame per ragioni economiche, isolamento sociale o colpevolizzazione, negli uomini entra in gioco un altro tipo di trappola: la pressione sociale a "resistere", a non mostrarsi vulnerabili, a "sapersi imporre". Per un uomo, lasciare una relazione violenta può essere percepito non come un atto di autodeterminazione, ma come una sconfitta.

Anche lo *stalking* subito dagli uomini è un fenomeno ampiamente sottostimato. Quando è una donna a perseguitare, spesso il comportamento viene interpretato come comprensibile, romantico o addirittura giustificabile. Di conseguenza, gli uomini tendono a minimizzare le molestie, riducendole a fastidi piuttosto che riconoscerle come minacce reali.

Tutti questi elementi ci restituiscono un quadro articolato e stratificato, che invita a superare ogni lettura dicotomica del fenomeno. Il modello sistemico ci aiuta a comprendere la violenza come processo relazionale e circolare, dove le polarità "aggressore-vittima" si alternano, si sovrappongono e si trasformano nel tempo.

Nel lavoro clinico, questo significa accogliere la complessità senza pregiudizi, esplorare la co-costruzione della dinamica violenta, riconoscere la sofferenza di tutte le parti coinvolte e intervenire non solo per proteggere, ma anche per comprendere, trasformare e restituire possibilità relazionali alternative.

Flessibilità cognitiva e violenza femminile: al via il nostro studio sulla percezione sociale

Presso il Dipartimento di Scienze Psicologiche, Pedagogiche, dell'Esercizio Fisico e della Formazione dell'Università degli Studi di Palermo, è in fase di avvio uno studio scientifico volto a esplorare la percezione della violenza agita da donne nei confronti degli uomini. L'obiettivo primario di questa indagine è analizzare come tale forma di violenza sia riconosciuta e interpretata all'interno di un campione eterogeneo di 500 partecipanti (250 studenti universitari e 250 individui esterni al contesto accademico, di età compresa tra 18 e 60 anni, con esclusione di soggetti con disturbi psichiatrici gravi), differenziati per genere ed età. L'obiettivo secondario consiste nel verificare se una maggiore flessibilità cognitiva predica

un riconoscimento più accurato della violenza e nel confrontare la percezione della gravità e dell'attribuzione di responsabilità in scenari di violenza femminile, presentati attraverso vignette cliniche.

Le ipotesi principali che guidano questo studio:

- I soggetti con maggiore flessibilità cognitiva riconoscono più facilmente comportamenti violenti agiti da donne;
- Gli stereotipi sulla mascolinità influenzano la percezione della violenza agita da donne verso uomini in termini di minore gravità percepita;
- Le variabili di genere e socioculturali accentuano i bias percettivi nel legittimare o minimizzare la violenza agita da donne

Lo studio utilizzerà, in tal senso, una misura della capacità di adattamento e flessibilità cognitiva (CFI – Cognitive Flexibility Inventory), una relativa alle credenze sulla mascolinità (BSS – Belief in Sexism Shift Scale), un questionario sugli atteggiamenti ambivalenti nei confronti della mascolinità (AMI – Ambivalent Masculinity Inventory). Si utilizzeranno altresì delle vignette cliniche che offrano scenari realistici di violenza femminile per valutare riconoscimento e attribuzione di responsabilità. Le vignette cliniche presenteranno situazioni di violenza psicologica, fisica, economica e sessuale agita da donne, variando caratteristiche dell'autrice (età, etnia, status lavorativo) e del contesto (presenza di testimoni, gravità dell'episodio) per osservare eventuali bias nell'attribuzione di colpa.

La ricerca "Riconoscere l'indicibile", in sintesi, rappresenta un contributo empirico significativo per lo sviluppo di interventi educativi e formativi mirati a contrastare i bias di genere nella percezione della violenza, fornendo strumenti per professionisti della salute mentale e operatori sociali per una comprensione più completa e sfumata di questi fenomeni complessi.

Implicazioni cliniche

Nella pratica clinica, l'incontro con uomini vittime di violenza femminile presenta sfide specifiche. Frequentemente, questi pazienti si presentano in terapia per sintomi apparentemente slegati dalla violenza subita - "problemi di autostima", ansia, disturbi del sonno - senza inizialmente rivelare la natura violenta della loro relazione. Solo dopo diverse sedute emerge come le partner possano utilizzare sistematicamente minacce di suicidio per esercitare controllo, alternando episodi di violenza fisica a periodi di riconciliazione emotiva. La vergogna e il senso di inadeguatezza mascherano spesso la reale dinamica abusiva, rendendo necessario un approccio clinico particolarmente attento e non giudicante.

Gli uomini vittime, inoltre, sviluppano meccanismi di coping specifici che complicano la diagnosi. L'ipercompensazione lavorativa diventa una strategia di evitamento: l'intensificazione dell'attività professionale serve a sfuggire all'ambiente domestico tossico e a mantenere un senso di competenza e controllo. Questo spesso porta a burnout e sintomi ansiosi che vengono erroneamente attribuiti allo stress lavorativo. La minimizzazione e l'inversione dei ruoli rappresentano altri ostacoli significativi. Il paziente tende a giustificare i comportamenti violenti del partner ("era sotto stress", "non si rendeva conto") e ad assumersi la responsabilità per le dinamiche abusive. Questa razionalizzazione protettiva rende difficile l'emersione della reale natura della relazione e richiede al clinico una particolare

sensibilità nell'approccio esplorativo.

L'identificazione della violenza sugli uomini, quindi, richiede protocolli specifici che tengano conto delle resistenze maschili alla disclosure. L'utilizzo di domande indirette ("Molti uomini sperimentano difficoltà nelle relazioni...") e la normalizzazione dell'esperienza aiutano a ridurre la vergogna associata al ruolo di vittima. L'osservazione clinica di indicatori comportamentali sottili - ipervigilanza, evitamento di argomenti specifici, reazioni fisiche durante la narrazione - fornisce informazioni preziose per orientare l'intervento.

L'approccio terapeutico deve essere necessariamente integrato e trauma-informed. La ristrutturazione cognitiva delle credenze disfunzionali sulla mascolinità e vittimizzazione si accompagna al lavoro sui sensi di colpa e sulla responsabilizzazione inappropriata. L'approccio sistemico integra la ristrutturazione cognitiva delle credenze disfunzionali sulla mascolinità con il lavoro sui confini interpersonali e sulla differenziazione del sé. La vittima impara a riconoscere come i propri tentativi di "salvare" il partner violento perpetuino il ciclo abusivo, sviluppando gradualmente la capacità di mantenere la propria posizione emotiva senza essere risucchiato nelle dinamiche di controllo.

Conclusioni

Tutti questi elementi ci restituiscono un quadro articolato e stratificato, che invita a superare ogni lettura dicotomica del fenomeno. Il modello sistemico ci aiuta a comprendere la violenza come processo relazionale e circolare, dove le polarità "aggressore-vittima" si alternano, si sovrappongono e si trasformano nel tempo.

Nel lavoro clinico, questo significa accogliere la complessità senza pregiudizi, esplorare la co-costruzione della dinamica violenta, riconoscere la sofferenza di tutte le parti coinvolte e intervenire non solo per proteggere, ma anche per comprendere, trasformare e restituire possibilità relazionali alternative.

Bibliografia

Bandelli, D. (2017). Abusive Women, Male and Female Victims. A Discourse at the Margin. *Femicide, Gender and Violence: Discourses and Counterdiscourses in Italy*, 133-161.

Bates, E. A., Harper, E. I., & Amisi, A. (2023). The impact of gendered stereotypes and perceptions of violence: perceptions of female perpetrators of domestic and sexual violence. In Perceptions of Female Offenders, Vol. 1: How Stereotypes and Social Norms Affect Criminal Justice Responses (pp. 105-120). Springer Nature Switzerland.

Dutton, D. G., & White, K. R. (2013). Male victims of domestic violence. Partner Abuse, 4(3), 1-19.

Felson, R. B., & Feld, S. L. (2009). When a man hits a woman: Moral evaluations and reporting violence to the police. *Aggressive Behavior, 35*(6), 477–488. https://doi.org/10.1002/ab.20323

Fiebert, M. S. (2014). References examining assaults by women on their spouses or male partners: An annotated bibliography. Sexuality and Culture, 18(2), 340-358.

Garro, M., Bonfanti, R. C., Argento, A., & Ruggieri, S. (2024). Violence Against Men and Its Effects Within the Workplace: A Literature Review. *Social Sciences*, *13*(12), 636.

Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2022). Men's experiences of female-perpetrated intimate partner violence. In Domestic violence against

men and boys (pp. 9-23). Routledge.

Machado, A., Hines, D., & Matos, M. (2021). Male Victims of Intimate Partner Violence: A Comparison of Rarely Studied Men. Psychology of Men & Masculinities, 22(1), 3–13.

Morando, M., Zehnter, M. K., & Platania, S. (2023). Reverse Sexism and Its Impact on Job Satisfaction and Career Planning: Italian Validation of the "Belief in Sexism Shift Scale". Social Sciences, 12(6), 357

Salerno, A., & Giuliano, S. (2012). La violenza indicibile. *L'aggressività femminile nelle relazioni interpersonali. Milano: Franco Angeli*.

Sorenson, S. B., & Taylor, C. A. (2005). Female aggression toward male intimate partners: An examination of social norms in a community-based sample. Psychology of Women Quarterly, 29(1), 78-96.

La violenza relazionale: uno sguardo psicodinamico e il ruolo cruciale delle prassi di rete nell'intervento clinico

di Diana Nicolosi e Giovanbattista Di Carlo

La violenza relazionale è un fenomeno complesso che esige un'analisi capace di tener conto di numerose variabili che intervengono tanto nella vita quotidiana di chi la sperimenta, quanto nei contesti di cura (Gianturco & Brancato, 2022). In questo senso, il ruolo della psicologia clinica appare cruciale per intercettare, comprendere e intervenire efficacemente sulla complessità di tali dinamiche.

Il presente articolo intende approfondire, attraverso l'esposizione di un caso clinico, come lo psicoterapeuta, attraverso una lettura psicodinamica delle dinamiche psichiche, può affrontare i fenomeni di violenza relazionale, esplorando strumenti e prassi di rete utili al lavoro clinico(Pugliese,Saliani&Mancini,2024).Ilpresente lavoro rappresenta il frutto di una riflessione clinica che si sviluppa a partire da un'esperienza di psicoterapia con una donna che all'epoca dei fatti aveva 58 anni e che illustra vividamente la complessità di tali dinamiche, evidenziando le sfide dell'intervento psicoterapeutico.

Rosalba giunge all'attenzione di un ambulatorio di psichiatria presso un ospedale di Palermo nel 2019 con una sintomatologia complessa: ansia, somatizzazioni (paresi del tratto orale, alterazione del gusto, ipoalimentazione) e una diagnosi di "Depressione reattiva grave" (American Psychiatric Association, 2023). La sua richiesta di aiuto è innescata dalla separazione da un uomo con il quale ha intrattenuto per anni una relazione extraconiugale. La psichiatra che la prende in cura le prescrive una terapia farmacologica e la invita ad iniziare un percorso di psicoterapia con cadenza settimanale. Dai primi incontri di valutazione diagnostica emerge un quadro sintomatologico depressivo sullo sfondo di un quadro di personalità isterica (McWilliams, 2012): ansia, teatralità, elevata reattività emotiva, labilità affettiva e una modalità impressionistica di narrazione caratterizzano le sedute con Rosalba, la quale tende a relazionarsi attraverso una modalità infantile, descrivendosi come una persona fragile e indifesa, a fronte di un Altro, vissuto come potente, arrabbiato e abbandonico.

L'anamnesi di Rosalba rivela traumi infantili legati alla relazione con i genitori: dai racconti della paziente emergerebbe la figura di un padre autoritario, il quale chiedeva alla moglie prestazioni sessuali con altri uomini a scopo di lucro, mentre la madre veniva descritta come una donna dipendente e sottomessa ai voleri e ai piaceri del marito (Bowlby, 1978). In tale contesto, Rosalba e il fratello apparivano quali vittime impotenti di una violenza assistita ai danni della figura materna. Tali narrazioni sembrano delineare

un trauma relazionale precoce (Caretti, Craparo & Schimmenti, 2013). Ferenczi (1932) per primo ha analizzato l'impatto del trauma relazionale, con particolare riferimento al trauma legato agli abusi e alle negligenze genitoriali, descrivendo il modo in cui il bambino, pur di mantenere il legame con un adulto abusante o trascurante, interiorizzi un'esperienza distorta e confusa della realtà e delle proprie emozioni, con evidenti conseguenze negative nella strutturazione dell'assetto di personalità. In particolare, l'autore espone la sua teoria a partire dal concetto di "identificazione con l'aggressore", intendendo con questo termine il processo attraverso il quale il bambino prova una paura terrificante, capace di togliergli la capacità di pensare e che lo costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore e a identificarsi completamente con lui.

Tale aspetto sembra riflettersi nella storia evolutiva e relazionale della paziente la quale, sebbene non abbia sperimentato direttamente gli abusi sessuali, è stata ugualmente vittima di tali dinamiche per aver assistito a questi abusi nella relazione tra i genitori. Inoltre, nel corso della sua storia, tali dinamiche si sono ripetutamente proposte nelle sue relazioni sentimentali, manifestando una coazione a ripetere (Freud, 1977), caratteristica di un trauma non adeguatamente riconosciuto ed elaborato o, detto in altri termini, di un "conosciuto non pensato" (Bollas, 1987). Nel corso del trattamento, Rosalba inizia una relazione sentimentale con Andrea il quale, sebbene all'inizio appaia come un uomo accudente e affidabile, ben presto si rivela nella sua natura abusante, iniziando con lei una relazione capace di riproporre le dinamiche sado-masochistiche che caratterizzavano la relazione tra i suoi genitori. La donna descrive una relazione sentimentale caratterizzata da dinamiche di potere e sottomissione che, all'interno della seduta, si alternano rapidamente: Rosalba appare, in maniera scissa e alternata, quale vittima indifesa di un uomo abusante, capace di pensare unicamente al proprio soddisfacimento, apparendo subito dopo quale detentrice di potere dentro la relazione in virtù della cura domestica e dell'accudimento psico-fisico di un uomo malato e dunque, impotente e dipendente da lei. Kernberg (1980), definisce le rappresentazioni scisse e alternate di sé e dell'altro come il nucleo fondante l'organizzazione borderline di personalità, caratterizzata dall'impossibilità di integrare visioni di sé e degli altri positive e negative a causa di una impossibilità di coniugare affetti di valenza opposta sullo stesso oggetto. Tali pazienti, proprio a causa della loro disorganizzazione interna, appaiono confusi e contradditori, ma anche capaci di destare preoccupazione e reazioni nel clinico, di rabbia e irritazione nell'analista poiché spesso, dietro richieste incessanti di aiuto, si celano ostilità e resistenza al cambiamento. Tale resistenza può essere letta come l'impossibilità di separarsi da un oggetto che, seppur frustrante e fonte di sofferenza, appare preferibile ai vissuti di solitudine e disperazione conseguenti all'abbandono. Nel corso del trattamento, Rosalba appare spesso bisognosa e richiedente aiuto, mostrando la sua presenza ingombrante, attraverso chiamate insistenti e l'arrivo in ambulatorio molto prima dell'inizio della seduta; nel colloquio sembra usare la terapeuta quale "contenitore" per il suo dolore, rimanendo tuttavia incastrata dentro una relazione che, nonostante le sofferenze, nella sua mente risulta preferibile alla separazione definitiva. In questi casi, può accadere che il terapeuta senta il paziente come schermato da

una muraglia difensiva impossibile da penetrare per cui, nonostante l'iniziale compiacimento, lo stesso non riesce a trarre beneficio dalla cura.
In considerazione della complessità della situazione clinica appena delineata, appare chiara la difficoltà di gestione clinica delle situazioni di violenza relazionale, che richiedono una presa in carico complessa e integrata, capace di abbracciare la persona e la sua richiesta di aiuto a molteplici livelli, richiedendo perciò la costruzione di prassi di rete e percorsi di cura mirati. In particolare, dal caso clinico di Rosalba appare evidente come sia fondamentale una valutazione diagnostica approfondita, che consenta di andare oltre la sintomatologia manifesta per indagare la struttura di personalità e i traumi sottostanti, come evidenziato dalla diagnosi di Depressione reattiva grave che si intreccia con una struttura di personalità complessa. Inoltre, una valutazione diagnostica ben condotta consente anche, quando necessario, di identificare il supporto farmacologico adeguato necessario ad una stabilizzazione del tono dell'umore. In tal senso, le prassi di rete sono essenziali per un intervento efficace, evidenziando la necessità di una stretta collaborazione tra psichiatri e psicoterapeuti, per offrire un sostegno clinico efficace a supporto della cura. Infine, appare rilevante sottolineare che, spesso, una delle maggiori difficoltà per lo psicoterapeuta è legata al fronteggiamento dei vissuti portati dal paziente che possono causare lo scivolamento in posizioni e schieramenti, che riflettono il funzionamento psichico delle situazioni di violenza relazionale e che possono far perdere la distanza necessaria alla cura. In tal senso, risulta fondamentale che il terapeuta abbia svolto un lavoro su di sé attraverso una terapia personale, che gli abbia consentito di elaborare e risolvere tali dinamiche nella propria storia individuale.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2023). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5a ed.) (DSM-5-TR).* American Psychiatric Association Publishing.
Bollas, C. (1987). *L'ombra dell'oggetto: Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
Bowlby, J. (1978). *Attaccamento e perdita (Vol.2). Separazione: Tristezza e rabbia*. Torino: Bollati Boringhieri.
Caretti, V., Craparo, G. & Schimmenti, A. (2013). *Memorie traumatiche e mentalizzazione: Teoria, ricerca e clinica*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
Ferenczi, S. (1932). Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino, In *Opere* (1992), (vol. IV), pp. 91-100. Milano: Raffaello Cortina.
Freud, S. (1977). *Al di là del principio di piacere*. In *Opere di Sigmund Freud, Vol. 7: L'Io e l'Es e altri scritti (1917-1923)*. Torino: Bollati Boringhieri.
Gianturco, G., & Brancato, G. (a cura di) (2022). *Oltre gli stereotipi sulla violenza di genere: Approcci, teorie e ricerche*. Roma: Sapienza Università Editrice.
Kernberg, O. F. (1980). *Teoria delle relazioni oggettuali e clinica psicoanalitica***.** Torino: Bollati Boringhieri.
McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
Pugliese, E, Saliani, A.M, & Mancini, F. (2024). *Nella mente dei dipendenti affettivi: Assessment e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.

Violenza relazionale e confine di contatto: il ruolo dello psicologo nella prospettiva gestaltica

di Simona Gargano

Negli ultimi anni i fenomeni di violenza relazionale hanno registrato dati allarmanti in Italia. Nel 2024 sono stati 300 gli omicidi totali, di cui 109 vittime donne[1]. Nel primo semestre 2024 si è inoltre registrato un aumento del 15% di maltrattamenti in famiglia, del 6% di stalking e dell'8% di violenze sessuali rispetto all'anno precedente[2]. Non si tratta di semplici numeri, ma di un'emergenza sociale e clinica che impone allo psicologo la capacità di intercettare, comprendere e intervenire sul fenomeno.

Quando si parla di violenza relazionale, occorre superare l'idea che si tratti solo di atti fisici espliciti: essa si configura come una dinamica che si struttura in relazioni segnate da disuguaglianza e include tutte le modalità in cui il legame viene distorto, manipolato o abusato al punto da generare sofferenza, paura, sottomissione o perdita di sé.

Nella prospettiva della Gestalt Therapy (GT), il bisogno primario dell'essere umano è quello di relazionarsi in modo pieno e autentico con l'altro da sé: abbiamo bisogno di contatti sani per crescere e dare significato alla nostra esperienza vissuta. Perciò, il focus di interesse della GT è l'unico luogo in cui l'esperienza può accadere e dispiegarsi: il confine di contatto tra Organismo e Ambiente. In questo contesto, la violenza è una figura che rompe l'armonia organismica del contatto, generando una frattura nel campo relazionale in cui l'Organismo viene invaso o ignorato da un ambiente eccessivamente intrusivo o assente. La relazione viene usata per esercitare potere distruttivo o controllo sull'altro, anziché per creare uno spazio di scambio e reciprocità. Chi agisce violenza invade o annienta il confine dell'altro, mentre chi la subisce può perdere il senso della propria autonomia, fino a interiorizzare colpa o svalutazione.

Nel lavoro clinico, lo psicologo gestaltista accoglie il racconto senza forzare la narrazione, stando attento ai segnali corporei, al tono emotivo, alle interruzioni nel ritmo della relazione. Il sé del terapeuta è coinvolto fenomenologicamente: ciò che emerge nella relazione è materiale clinico prezioso e le risonanze corporee e affettive del terapeuta diventano strumenti di ascolto e comprensione. Con pazienti vittime di violenza si lavora per rinforzare il confine, sostenendo la capacità di dire "no", di riconoscere i propri bisogni e di reintrodurre un'aggressività sana, intesa come forza di differenziazione, protezione e cambiamento.

In particolare, il corpo conserva traccia della storia della persona ed è il primo luogo in cui la violenza si deposita. Le esperienze di violenza relazionale, in cui l'Organismo non è stato rispettato nei suoi confini né visto nei suoi bisogni, si traducono in parti del corpo contratte o desensibilizzate, che daranno origine a uno schema corporeo implicito alterato: il corpo diventa luogo in cui si sperimenta il dolore dell'invasione o dell'abbandono. Cercare di allontanarsene o anestetizzarlo può essere una soluzione apparentemente efficace per

Note

[1] Ministero dell'Interno – Servizio Analisi Criminale, Dati sugli omicidi volontari in Italia nel 2024, pubblicati da Vanity Fair Italia, 6 marzo 2025.

[2] Direzione Centrale della Polizia Criminale, Report semestrale sulla violenza di genere, dati diffusi da ANSA e LaPresse, dicembre 2024.

fronteggiare la situazione ambientale sfavorevole, ma, se utilizzata sul lungo periodo, diventa una prigione.
Nella prospettiva gestaltica, il compito del terapeuta non è quello di "curare" l'altro, ma di ristabilire le condizioni per un contatto autentico in cui il paziente possa ritrovare la propria voce, la propria corporeità e soprattutto la propria "agency" (ciò che Merleau-Ponty definiva "io posso"). L'altro — che si presenti come vittima, autore o entrambe le cose — entra in terapia portando nel corpo e nella memoria una grammatica relazionale distorta, dove il contatto è stato fonte di minaccia, invasione, esclusione o manipolazione. La relazione terapeutica diventa terreno di riscrittura, ma perché ciò accada il terapeuta deve offrire una modalità di incontro diversa.
Nel lavoro clinico non si tratta semplicemente di applicare tecniche o protocolli: ciò che cura è prima di tutto la qualità della presenza, che deve essere regolativa e dialogica. Il terapeuta integra due dimensioni fondamentali: il contatto empatico e il confine chiaro. Empatia e limite, ascolto e differenziazione, cura e responsabilità: solo in questa doppia tensione è possibile offrire all'altro un'esperienza relazionale diversa da quelle traumatiche precedenti.
Il paziente impara, spesso per la prima volta, che può essere visto senza essere invaso, ascoltato senza essere manipolato, contenuto senza essere limitato.
Curare la violenza relazionale significa costruire uno spazio sicuro dove il contatto può essere ristabilito. È un lavoro fondato sulla fiducia nei processi vitali. Il terapeuta si offre come testimone credibile e la relazione diventa luogo di riparazione: dove la parola può tornare, il corpo può rilassarsi, la persona può riscoprire la propria voce.
Lavorare con la violenza relazionale nella prospettiva gestaltica significa fare spazio al possibile: non si tratta di eliminare la sofferenza, ma di renderla narrabile; non si tratta di correggere il passato, ma di abitare un presente diverso, in cui il contatto non sia più pericoloso, ma generativo.
Affinché questo sia possibile, è fondamentale il lavoro in rete: nessuno psicologo può affrontare da solo un campo violento. La collaborazione con centri antiviolenza, assistenti sociali, forze dell'ordine, servizi educativi e sanitari è parte integrante del processo di cura. Ma non basta intervenire solo in fase emergenziale: è necessario promuovere percorsi di prevenzione fondati sull'educazione emotiva, sulla consapevolezza corporea e sul riconoscimento precoce delle dinamiche relazionali disfunzionali. La psicoterapia, in questo senso, diventa anche azione politica: una pratica che restituisce dignità, confine e responsabilità all'esperienza umana.

Bibliografia

Reich W., L'analisi del carattere, trad. it. di L. De Marchi, Milano, SugarCo, 1973 (ed. orig. 1933).

Schilder P., Immagine di sé e schema corporeo, Franco Angeli, Milano 2007 (ed. or. 1935).

Merleau-Ponty M., Fenomenologia della percezione, Milano, Bompiani, 2003 (ed. orig. 1945). Gargano S., Il trauma e il corpo in Gestalt Therapy, 2022, Pensa Multimedia.

Salonia G., "Tempi e modi di contatto", in Quaderni di Gestalt, 8- 9, 1989, pp. 55-65.

Salonia G., "La consapevolezza nella teoria e nella pratica della Psi- coterapia della Gestalt", in Quaderni di Gestalt, 3, 1986, pp. 125- 146.

Salonia G., "Respiro il corpo che parla di me", in Mappe e Carteggi 4, 2000, pp. 14-16.

Salonia G., "La psicoterapia della Gestalt e il lavoro sul corpo. Per una rilettura del fitness", in S. Vero, Il corpo disabitato. Semiologia, fenomenologia e psicopatologia del fitness, Franco Angeli, Milano 2008, pp. 51-71.

Salonia G., Sulla felicità e dintorni. Tra corpo, tempo e parola, Il Pozzo di Giacobbe, Trapani 2011.

Salonia G., Conte V., Argentino P., Devo sapere subito se sono vivo, Il Pozzo di Giacobbe, Trapani 2013.

"A scuola di differenza di genere" Un progetto di prevenzione primaria con adolescenti

di Carla Floritta e Laura Toscano

La violenza di genere rappresenta una problematica sociale e clinica di rilevanza cruciale, con implicazioni significative per il benessere individuale e collettivo. In particolare, l'ambiente scolastico, in quanto spazio di crescita e socializzazione fondamentale per gli adolescenti, offre un contesto privilegiato per interventi di **prevenzione primaria**. Il progetto è stato reso possibile attraverso il finanziamento della Regione Siciliana "Arte Di ogni Genere"- Interventi per la promozione della legalità e del rispetto della figura femminile e dell'educazione alle differenze – sperimentazione di modelli didattici per le istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado.

Questo articolo presenta un'esperienza di formazione condotto in un istituto di istruzione secondaria superiore; la scuola "Carlo Gemmellaro" di Catania. L'obiettivo del nostro intervento si è concentrato sul promuovere la conoscenza e la consapevolezza degli stereotipi di genere presenti in noi e nella nostra cultura e fornire strumenti per la gestione delle relazioni interpersonali, con un focus specifico sulla prevenzione della violenza di genere. L'intervento si è articolato in diverse fasi con modalità crescenti e ha coinvolto studenti del 2-3-4 anno delle dell'Istituto "C. Gemmellaro" e il corpo docente. Le principali componenti metodologiche includono:

▪ Valutazione Iniziale: la valutazione iniziale è stata fatta nel primo dei quattro incontri; attraverso la conoscenza del gruppo abbiamo valutato la consapevolezza degli studenti sulle tematiche di genere, la prevalenza di esperienze di violenza (diretta o indiretta) e le loro percezioni sulle relazioni interpersonali.

▪ Moduli in Classe: Cicli di incontri interattivi in collaborazione con i docenti. Questi moduli organizzati su 4 incontri della durata di 2h ciascuno hanno affrontato temi quali:

- Conoscenza degli stereotipi e dei ruoli di genere a livello personale e culturale

- Connesso al tema degli stereotipi la conoscenza delle emozioni

- Riconoscimento delle diverse forme di violenza (fisica, psicologica, verbale, economica, sessuale, online).

- Sviluppo di competenze comunicative assertive e di gestione dei conflitti in situazioni di ambivalenza tipiche della violenza di genere nelle relazioni

- Promozione del rispetto, dell'empatia e della parità di genere

- Informazioni sui servizi territoriali di supporto e sulle risorse disponibili.

▪ Sono stati impiegati strumenti specifici per facilitare la riflessione e la rielaborazione emotiva, quali:

- Discussioni guidate e brainstorming: per stimolare il pensiero critico e lo scambio di opinioni

- Analisi di casi e scenari: per favorire l'identificazione di dinamiche relazionali disfunzionali

- Attività esperienziali e role-playing: per sviluppare competenze pratiche nella gestione delle relazioni

- Materiali audiovisivi: per fornire spunti di riflessione e approfondimento.

L'intervento di formazione si è integrato con l'attivazione di due workshop in plenaria con tutte le classi coinvolte; nel primo incontro insieme al dirigente della polizia postale della Sicilia orientale Marcello La Bella si è parlato con gli studenti delle classi seconde terze e quarte di: Revenge porn, Sexting e di altri reati connessi alla rete. L'incontro ha rappresentato un'importante occasione di sensibilizzazione e prevenzione, offrendo ai giovani strumenti concreti per riconoscere e contrastare le forme di violenza digitale, spesso sottovalutate ma dalle conseguenze gravi. La presenza delle forze dell'ordine ha permesso di approfondire gli aspetti normativi e le modalità di tutela, evidenziando l'importanza di un uso consapevole e responsabile del web come presidio di sicurezza personale e collettiva.

Il secondo incontro con il magistrato di Catania Massimo Principato, il professor di diritto Francesco Lando e l'Avv. Beatrice Pennisi sui temi della legalità e del percorso civile e penale in favore delle vittime di violenza di genere. L'incontro ha approfondito i temi della legalità e del percorso civile e penale a tutela delle vittime di violenza di genere. Gli studenti hanno avuto l'opportunità di confrontarsi su aspetti fondamentali quali la Magistratura, il Codice Civile e Penale, nonché le disposizioni specifiche per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica. Particolare attenzione è stata dedicata a fenomeni emergenti come il revenge porn e altri reati connessi alla rete, evidenziando l'importanza di un approccio integrato tra diritto e sensibilizzazione per garantire protezione e giustizia alle vittime. Questo workshop ha rappresentato un passo nella formazione civica e giuridica dei giovani, promuovendo una cultura di rispetto e responsabilità; si è parlato con gli studenti di Magistratura, Codice Civile e Penale, Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica, revenge porn, e di altri reati connessi.

L'esperienza condotta ha evidenziato:

- Un aumento della consapevolezza degli studenti riguardo alle diverse forme di violenza di genere e ai meccanismi che la sottendono
- Una maggiore capacità di riconoscere gli stereotipi di genere e di metterli in discussione
- Un miglioramento delle competenze comunicative e della capacità di gestire i conflitti in modo non violento
- Una maggiore conoscenza dei servizi territoriali di supporto e delle risorse disponibili
- Un aumento della segnalazione di situazioni di disagio o violenza al personale scolastico
- Un maggiore coinvolgimento e sensibilità del corpo docente rispetto alla tematica
- Una maggiore conoscenza della violenza non solo di genere ma anche tra pari nel gruppo classe

La valutazione finale qualitativa è stata effettuata attraverso la discussione finale nell'ultimo incontro. Un aspetto centrale dell'intervento è stata la discussione sul caso studio di una vittima di violenza di genere; i ragazzi hanno esplorato le emozioni coinvolte, i ruoli e la ridefinizione dei confini e dell'immagine di sé nelle vittime.

I risultati di questo intervento in contesto scolastico evidenziano la possibilità di poter intervenire nell'ambito della prevenzione alla violenza di genere. L'integrazione di strumenti specifici all'interno di un approccio di rete in classe rappresentare una strategia promettente per promuovere cambiamenti a livello individuale e comunitario.

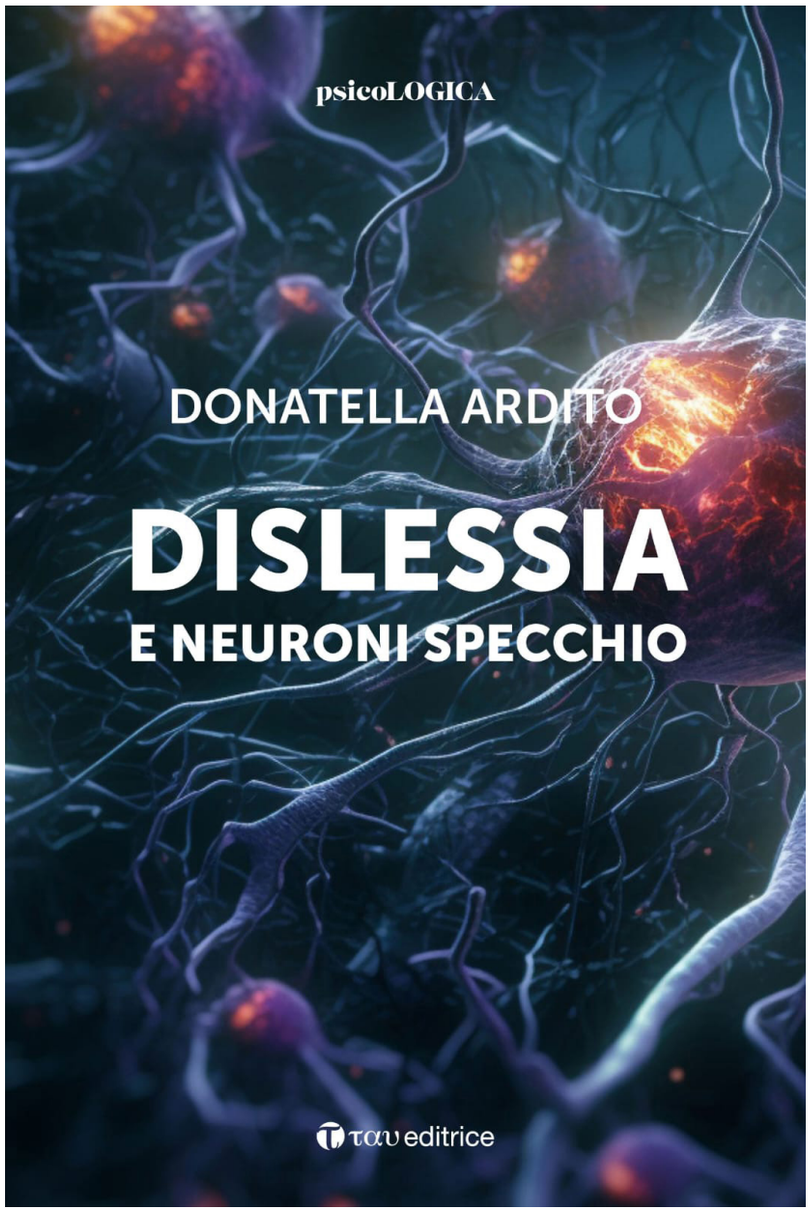
L'esperienza realizzata dimostra come l'ambiente scolastico possa diventare un luogo fondamentale per la prevenzione della violenza di genere, agendo non solo sulla conoscenza teorica ma anche sul vissuto emotivo e relazionale degli studenti. Attraverso un percorso strutturato e multidisciplinare, che ha coinvolto studenti, docenti e professionisti esperti, è stato possibile favorire una maggiore consapevolezza degli stereotipi di genere, sviluppare competenze comunicative assertive e promuovere una cultura del rispetto e della legalità. Come psicologhe e psicoterapeute, riteniamo che interventi di questo tipo rappresentino un investimento prezioso per il benessere individuale e collettivo, poiché educano i giovani a riconoscere e contrastare le molteplici forme di violenza, anche quelle più subdole e digitali, e a costruire relazioni sane e paritarie. La **prevenzione primaria** in ambito scolastico, supportata da un approccio integrato da formazione e diritto, può contribuire a spezzare il ciclo della violenza e a promuovere una società più equa e inclusiva. Infine, il successo di questo progetto sottolinea l'importanza di continuare a investire in iniziative educative e formative che coinvolgano attivamente tutte le componenti della comunità scolastica, affinché il rispetto della differenza di genere diventi un valore condiviso e radicato fin dalla giovane età.

"Dislessia e neuroni specchio" di Donatella Ardito

di Santina Città

Il volume, elaborato da una professionista psicologa esperta del settore, presenta una sintesi delle principali teorie esplicative dei processi di apprendimento, con specifico riferimento alla condizione neurofunzionale mediata dal sistema nervoso centrale, ma anche alla lettura psicologica delle principali scuole di pensiero della psicologia quali Gestalt, Scuola di Palo Alto, e le più recenti ricerche sulla "Embodied Cognition". Inoltre viene anche indagato il correlato emotivo, spesso associato alla presenza di un disturbo dell'apprendimento, che intacca i processi di costruzione del senso di autoefficacia e contribuisce allo sviluppo della stima di sé e dell'identità personale.

Viene altresì fatto un breve accenno ai possibili trattamenti ed elencati i principali strumenti compensativi e dispensativi a supporto, mirati a personalizzare il percorso di studio ed adattarlo allo stile di ciascun individuo con DSA, non trascurando l'importanza dell'apprendimento cooperativo e il ruolo del lavoro di gruppo.

Il volume, che assolve alla necessità di toccare più punti salienti, talora si limita nell'approfondimento dei temi, tuttavia viene comunque raggiunto lo scopo di una buona sintesi delle tematiche trattate.

L'intento apprezzabile in più punti dell'elaborato è fare rilevare che la condizione di Disturbo Specifico dell'Apprendimento, venga considerata, aldilà dei possibili svantaggi, come un punto di forza, in quanto come asserito dall'autrice stessa: "*La bellezza [...] dei DSA è quindi una mente creativa che permette di trovare soluzioni originali [...]*".