



Violenza assistita e percorsi d'aiuto per l'infanzia

Proposte di attività attraverso un
approccio narrativo

Iacopo Bertacchi, Silvia Mammini
e Maria Grazia Anatra

**MATERIALI
PSICOLOGIA**

Erickson

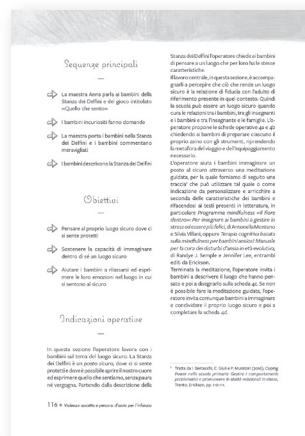
IL LIBRO

VIolenza ASSISTITA E Percorsi D'AIUTO PER L'INFANZIA

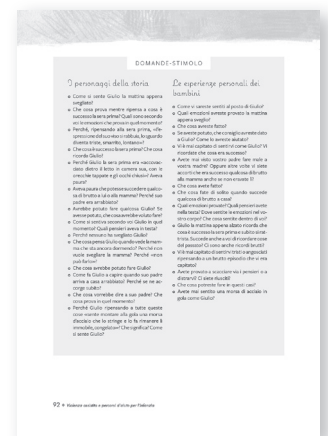
Si ha violenza assistita quando un bambino o adolescente è testimone — diretto o indiretto — di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori. È una forma di maltrattamento che rappresenta un rischio evolutivo per i minori e ha effetti a breve, medio e lungo termine.

Il volume risponde all'urgenza di avere proposte d'intervento che possano essere utilizzate con efficacia nella pratica quotidiana da parte di chi opera nei percorsi di tutela minori, nei centri antiviolenza o in ambito clinico/terapeutico.

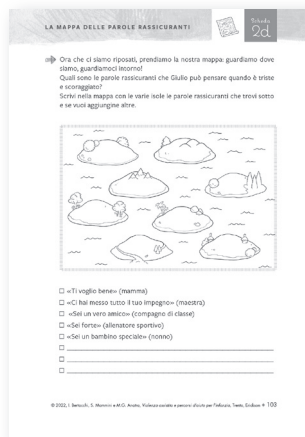
L'opera si compone di un manuale e un albo illustrato. I clinici, psicologi o psicoterapeuti potranno utilizzare il racconto presente nell'albo e le attività proposte nel manuale per svolgere un percorso, in setting individuale o di gruppo, con bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 anni che hanno vissuto in contesti di violenza domestica allo scopo di aiutarli a prendere contatto con i propri vissuti emotivi, a rielaborare le proprie esperienze in un contesto protetto, a costruire un senso di sé più integrato e positivo. Il volume si rivolge anche agli insegnanti interessati ad approfondire la conoscenza della violenza assistita e a sviluppare una maggiore sensibilità e capacità di lettura rispetto alla sua complessità.



Indicazioni per la conduzione dell'incontro



Domande-stimolo per favorire la riflessione e la discussione



Schede per i bambini



L'albo illustrato

GLI AUTORI



IACOPO BERTACCHI

Psicologo, psicoterapeuta. Formatore Centro Studi Erickson. Docente presso Master II livello Università di Padova, presso Scuola di Psicoterapia Humanitas - Lumsa e Accademia di Neuropsicologia dello Sviluppo, Roma.



SILVIA MAMMINI

Psicologa clinica, perfezionata in psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva presso Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva, è stata responsabile dell'area minori del Centro Antiviolenza Luna di Lucca.



MARIA GRAZIA ANATRA

Presidente dell'Associazione Woman to be ed esperta di letteratura per l'infanzia, si occupa da anni di politiche di genere tramite iniziative multiorientate con particolare riferimento all'approccio formativo educativo.

€ 23,50
Volume + allegato indivisibili

9 17888591028246

www.erickson.it

INDICE

- 7 Prefazione (Donata Bianchi)
- 9 Introduzione

- 15 Prima parte – Un approccio multiprospettico alla violenza assistita intrafamiliare

- 17 Cap. 1 Il fenomeno della violenza assistita (Maria Grazia Foschino Barbaro e Marvita Goffredo)
- 25 Cap. 2 L'approccio narrativo alla cura del trauma (Riccardo Bertaccini e Bianca Rita Berti)
- 31 Cap. 3 I bambini hanno le antenne. Gruppi terapeutici per minori vittime di violenza assistita (Simona Maria Agosti, Anna Bulgheroni e Annalisa Vicari)
- 37 Cap. 4 Contesti educativi competenti. Bambini invisibili e violati, fra vulnerabilità e resilienza (Elena Malaguti)
- 47 Cap. 5 L'esperienza del Centro Antiviolenza «Luna» (Daniela Elena Caselli, Chiara Allegrini, Diana Ricci e Silvia Mammini)
- 55 Cap. 6 La violenza assistita come violazione dei diritti umani dei bambini (Stefano Montanari)
- 61 Cap. 7 La violenza assistita intrafamiliare (Maria Carmen Napolitano)

- 75 Seconda parte – Attività psicoeducative basate sulla storia «La Stanza dei Delfini»

- 77 Cap. 8 Guida alle attività
- 81 Cap. 9 Attività preliminari
- 89 Cap. 10 Attività e schede operative

Il fenomeno della violenza assistita

Maria Grazia Foschino Barbaro¹ e Marvita Goffredo²

Scenario culturale e scientifico

A partire dagli anni Settanta, il prezioso contributo dei movimenti femministi fa emergere in maniera pubblica e accademica il tema della violenza degli uomini sulle donne e nelle relazioni intime e familiari, interpretata come risultato delle asimmetrie e diseguaglianze socialmente consolidate, ma finalmente «studiabile» nelle sue diverse manifestazioni, anche psicologiche, attraverso nuovi strumenti e approcci empirici (Toffanin, 2019). Da spazio relazionale di sicurezza, rifugio, crescita e supporto, il contesto familiare diviene anche luogo di maltrattamento, sopraffazione e morte, non solo per le donne vittime ma anche per i figli che lo abitano. Inizialmente gli studi si sono focalizzati prevalentemente sulle relazioni tra genitori e figli (Herman & Hirschman, 1977; Finkelhor, 1979), ma progressivamente la letteratura si è arricchita di numerose evidenze, anche sperimentali, sui gravi esiti psicopatologici e neurobiologici dei contesti di cura abitati da violenza (Felitti et al., 1998; Goffredo & Foschino Barbaro, 2017).

L'infanzia e l'adolescenza vengono riconosciute come fasi della vita cruciali per lo sviluppo individuale, e il diritto delle bambine e dei bambini, delle adolescenti e degli adolescenti alla tutela e alla protezione da ogni forma di violenza è enunciato chiaramente per la prima volta dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1989 e ratificata in Italia nel 1991.

Il concetto di trauma interpersonale infantile assume una forte visibilità in ambito scientifico e la violenza perpetuata in ambito familiare viene concepita come esposizione a eventi traumatici cumulativi e prolungati nel tempo, pertanto definita dalla Herman *trauma complesso* (1992a; 1992b).

Tuttavia, soltanto nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità presenta il *Rapporto Mondiale su violenza e salute* nel quale definisce la violenza ai danni dell'infanzia un problema di salute pubblica, con gravi esiti sulla salute fisica e mentale a breve, medio e lungo termine. Questo documento, primo nel suo genere, viene riconosciuto ben presto come miliare in materia di abuso e maltrattamento

¹ Coordinamento Rete regionale dei Servizi contrasto della violenza all'infanzia, Regione Puglia; Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Centro Clinico AIPC Bari.

² Scuola di Psicoterapia Cognitiva e Centro Clinico AIPC Bari.

all'infanzia. Il suo valore appare legato a fattori di diversi ordini; tra tutti, gli si riconosce lo sforzo di una classificazione esaustiva delle tipologie di violenza, tra le quali si rileva anche la violenza da parte del partner, ossia «l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, che si consuma in gran parte tra le mura domestiche e tra partner intimi», nel quale «l'insopportabile carico della violenza all'interno della coppia è sostenuto dalle donne per mano degli uomini». La violenza domestica viene definita come un fenomeno trasversale a tutti i Paesi del mondo — a prescindere dal gruppo sociale, economico, religioso o culturale — e perpetrabile attraverso le modalità più disparate:

- atti di aggressività fisica;
- abusi psicologici (ad esempio rifiutare la comunicazione, minacciare, attuare comportamenti di controllo e finalizzati all'isolamento della vittima, imposizioni, umiliazioni e svalorizzazioni, insulti, fare dispetti come buttare, strappare, rompere oggetti che hanno un valore affettivo);
- violenza economica legata nell'impedire l'accesso alle risorse economiche;
- abusi sessuali e ricorso a coercizioni di carattere sessuale.

La violenza domestica nasconde al suo interno un'altra forma di maltrattamento a danno dei minori, definita *violenza assistita*, che consiste nell'essere testimoni, proprio malgrado, della sopraffazione e dell'aggressività tra i genitori. È una forma di maltrattamento di tipo primario — al pari del maltrattamento fisico, psicologico, dell'abuso sessuale, della trascuratezza — che si configura come fattore di rischio per altri tipi di maltrattamento e che produce effetti dannosi sulla salute dei minori che vi sono esposti, condizionando talora la struttura della loro personalità in età adulta.

Definizione e dimensione del fenomeno

In Italia, è il Cismai – Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia il primo ad avviare una riflessione sul fenomeno. Nel 2003 a Firenze organizza il Convegno «Bambini che assistono alla violenza domestica», che diviene uno spazio di confronto di respiro internazionale sui nodi problematici in materia di prevenzione, tutela e cura dei minori vittime di violenza assistita. Nel 2005 mette a punto il documento *Requisiti minimi degli interventi nei casi violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, sottoposto a revisione nel 2017, nell'intento di promuovere una definizione univoca di violenza assistita e delineare le principali fasi e componenti dei percorsi di presa in carico in favore dei bambini e delle bambine vittime. Il Cismai (2017) definisce la violenza assistita

l'esperire da parte del bambino/a e/o adolescente qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minori. Il/la bambino/a o l'adolescente può farne esperienza direttamente (quando la violenza/l'omicidio avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il/la minorenne è a conoscenza della violenza/omicidio), e/o percependone gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici. La violenza assistita include l'assistere a violenze di minorenni su altri minorenni e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni degli animali domestici e d'allevamento.

Appare chiaro, così, che la violenza assistita non deriva unicamente da ciò a cui un bambino assiste in maniera diretta, ma anche da ciò che sperimenta e

percepisce in maniera indiretta, ad esempio attraverso l'ascolto o venendone a conoscenza a posteriori o avvertendo l'esistenza di un pericolo reale per sé e per gli altri per lui significativi, quali madre e fratelli.

In tal senso, l'esposizione alla violenza può avvenire non soltanto durante la convivenza dei genitori ma anche durante la separazione e al termine di essa. Queste ultime due fasi sono, infatti, particolarmente a rischio rispetto alla possibilità di strumentalizzazione dei figli: il padre/partner violento può infatti utilizzare i bambini per reiterare i maltrattamenti sulla partner e continuare a controllarla.

La violenza assistita rappresenta la seconda forma di maltrattamento più diffusa nel nostro Paese: stando ai dati di una corposa indagine campionaria sul maltrattamento infantile in Italia, curata nel 2015 da Cismai, Terre des Hommes e Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, il 19% dei bambini è vittima di violenza assistita da maltrattamento intrafamiliare. Se si considera che il dato della violenza psicologica è pari al 14% e che questo tipo di maltrattamento è altamente connesso alla violenza assistita, si conviene che la percentuale si alza in maniera considerevole. Nel 2021 è stata pubblicata la seconda Indagine Nazionale sul maltrattamento di bambini e adolescenti in Italia,³ un lavoro di aggiornamento sempre curato da Cismai e Terre des Hommes, realizzata tra luglio 2019 e marzo 2020, su dati del 2018 afferenti a 196 Comuni, per un bacino di 2,1 milioni di minorenni. La violenza assistita si conferma la seconda forma di maltrattamento più diffusa e motivazione di presa in carico da parte dei Servizi Sociali.

A conferma della gravosa dimensione del fenomeno vi sono anche i dati ISTAT relativi al 2020 che mostrano una vertiginosa salita dei numeri a seguito dell'impatto della pandemia da Sars-Cov2. Tra le vittime che si sono rivolte al numero nazionale 1522 in suddetta annualità, vi sono ben 2.951 figli che hanno assistito alla violenza ma non l'hanno subita direttamente, e 829 che hanno sia assistito che fatto esperienza diretta. Andando ad analizzare l'andamento nel triennio 2018-20, riscontriamo un aumento dei casi di figli che assistono alla dinamica violenta ma non la subiscono direttamente (2018: 2.295 casi; 2019: 1.953 casi; 2020: 2.951 casi).

Il trauma da violenza assistita

L'essere testimoni di gravi atti di violenza interpersonale — oltre che il farne esperienza diretta, o anche solo il percepirne indirettamente gli effetti su chi ne è personalmente colpito — può determinare alterazioni nei processi di sviluppo e nell'adeguato raggiungimento delle principali tappe evolutive, esponendo di conseguenza i bambini che ne sono vittime a un accresciuto rischio di sviluppare quadri di psicopatologia, a breve, medio e lungo termine (Lieberman & Van Horn, 2007).

Nelle diverse classificazioni diagnostiche della salute mentale, è possibile trovare, già verso la fine degli anni Novanta, riferimenti più o meno espliciti alla violenza assistita, considerata come possibile esperienza traumatica cumulativa in grado di determinare sintomi inquadabili nelle diagnosi trauma-correlate. Per la fascia di età 0-3 anni, la *Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia* (DC:0-3), nella sua primissima edizione pubblicata in Italia nel 1997, già definiva come traumatici «eventi in cui il bambino ha

³ Per approfondimenti si consulti <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>.

avuto a che fare, più o meno direttamente, con minacce alla vita [...] o con minacce all'integrità fisica e/o psicologia propria o di persone care». Nella sua edizione più recente (2018), estesa alla fascia di età 0-5 anni, si fa chiaro riferimento al disturbo da stress post traumatico come esito dello «sperimentare direttamente l'evento traumatico, ascoltando o vedendo di persona l'evento mentre si verifica ad altri o venendo a conoscenza dell'evento traumatico verificatosi a una persona significativa nella sua vita».

Prendendo in considerazione il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM), nella sua quarta edizione (DMS-IV; APA, 1994) contemplava l'esposizione indiretta e la testimonianza di violenza nei confronti di figure significative come esperienze traumatiche, attribuendo valenza clinica a tali condizioni. Si deve però attendere quasi un ventennio, con la pubblicazione della quinta revisione (DSM-5; APA, 2013), per vedere classificate tutte le possibili manifestazioni psicopatologiche conseguenti all'esposizione a esperienze traumatiche all'interno di un'unica sezione, intitolata «Disturbi collegati a traumi e fattori stressanti». Il carattere cumulativo e persistente della violenza assistita trova pieno riconoscimento nella diagnosi di disturbo da stress post-traumatico complesso introdotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'*International Classification of Diseases 11* del 2019. Tale quadro clinico è caratterizzato da una complessa costellazione di sintomi, oltre all'area prettamente post traumatica, che attengono alla dimensione dell'organizzazione del Sé: alterazioni nella regolazione degli affetti e del comportamento, nell'attenzione e nella coscienza, nella percezione del sé, nella relazione con l'altro, nel sistema di significato, nelle funzioni corporee.

Muovendoci sul piano clinico e della ricerca troviamo oramai evidenze consolidate a sostegno del potenziale traumatico insito nelle condizioni di violenza assistita. È ampiamente confermata l'associazione con un più alto rischio di sintomi internalizzanti (ansia, depressione e senso di colpa), disturbi esternalizzanti (Fong, Hawes, & Allen, 2019), difficoltà sul piano cognitivo e scolastico (Larson et al., 2017); a medio termine, si riscontra di frequente un funzionamento psicologico di carattere traumatico, connotato da iper-arousal (allarme, ipervigilanza), evitamento e ottundimento, distorsioni cognitive nelle rappresentazioni di sé, delle relazioni e della realtà ambientale (Levendosky, Bogat, & Martinez-Torteya, 2013). Nei bambini più piccoli si rilevano spesso disorganizzazione motoria, disturbi del sonno e dell'alimentazione, mancata regolazione affettiva, regressioni dello sviluppo. In età adolescenziale, invece, si osservano quadri di «resilienza paradossale», in cui il ritiro, l'evitamento e l'ottundimento emotivo, o anche i comportamenti potenzialmente rischiosi, sono da considerarsi strategie di coping attivo a cui i ragazzi ricorrono per «navigare nel mare in tempesta» ed evitare ulteriori condizioni potenzialmente minacciose (Callaghan & Alexander, 2015).

Sul piano degli esiti a lungo termine, vi è un'alta incidenza di psicopatologia, abuso di sostanze, comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio, condotte devianti e delinquenziali e talvolta la cronica esposizione, nel ruolo di vittima, a relazioni maltrattanti di coppia e con i pari (Buccoliero & Soavi, 2018).

La pervasività degli esiti sulla salute che derivano dall'esposizione alla violenza assistita dipende dal carattere di cronicità che questo tipo di esperienza assume e ancor di più dal suo coesistere con altre forme di violenza come il maltrattamento fisico, l'abuso psicologico, la trascuratezza e talvolta anche l'abuso sessuale. A ciò si aggiunge che il potenziale traumatico della violenza assistita non è insito unicamente nell'esposizione prolungata ad atti di abuso e maltrattamento, condizioni traumatizzanti per definizione, ma anche nel fare esperienza di un contesto

di accudimento primario che fallisce nelle proprie funzioni di cura, prima fra tutte quella protettiva. Nelle famiglie segnate dalla violenza, i bambini apprendono ben presto, loro malgrado, che i genitori sono fonte di pericolo piuttosto che figure sempre disponibili capaci di proteggerli (Zeanah, Berlin, & Boris, 2011). Le persone per loro più significative e vicine sono anche quelle capaci di generare in loro continui vissuti di paura e sofferenza: la figura genitoriale paterna è percepita come minacciosa, imprevedibile e pericolosa, e la genitrice come spaventata, fragile, impotente. Viene così a generarsi un'inevitabile condizione di cortocircuito che vede questi bambini esposti a un persistente vissuto di paura senza soluzione, in quanto impossibilitati nel fronteggiamento dello stato di minaccia attraverso il ricorso al sistema di difesa e/o al sistema di attaccamento (Foschino Barbaro et al., 2018). Ne derivano una ripetuta condizione di disorganizzazione del comportamento e, nel tempo, lo strutturarsi di un sistema di rappresentazioni mentali di sé, dell'altro e del mondo frammentate e non integrabili. Sul piano personale, questi bambini esprimono immagini di sé multiple e inconciliabili: talora si percepiscono vittime spaventate e impotenti dinanzi all'aggressività del padre, altre volte salvatori e sostegno per la madre maltrattata, altre ancora persecutori in quanto «presunti» responsabili dell'aggressività e/o della paura manifestate dalle figure genitoriali (Liotti & Farina, 2011).

Il mondo interno di questi bambini è abitato da intensi vissuti di paura, confusione, impotenza, senso di colpa e solitudine.

Paura che l'espressione di un pensiero o di un'emozione provochi l'esplosione di rabbia e aggressività; paura per la propria e altrui incolumità fisica. Questi vissuti di paura nel tempo si fanno cronici e si trasformano in una condizione di «congelamento» emotivo.

Confusione per l'assoluta imprevedibilità degli scoppi di aggressività e sopraffazione che si verificano senza alcuna logica apparente e impotenza nel non sapere come evitare e bloccare questi momenti.

Senso di colpa derivante dalla convinzione di essere stati la probabile causa degli agiti di violenza e per non essere riusciti a proteggere la propria madre e talora anche la fratria.

In ultimo, un profondo vissuto di solitudine che costringe questi bambini a non parlare di quanto succede in casa, neanche con la propria madre, e che nel tempo rinforza il pensiero che la violenza sia «cosa normale» all'interno di una relazione affettiva significativa.

La trasmissione intergenerazionale della violenza rappresenta infatti uno tra i principali esiti a lungo termine associati alla violenza assistita: i bambini e i ragazzi cresciuti in contesti familiari violenti, infatti, manifestano un più alto rischio di interiorizzazione della sopraffazione e dell'aggressività come modalità interattive proprie delle relazioni affettive e come strategie efficaci e accettabili per fronteggiare i conflitti (Kimber et al., 2018). La traiettoria di questo processo può essere duplice: i bambini che osservano l'aggressività fin da un'età precoce possono essere più inclini a diventare degli adolescenti e adulti aggressivi e a utilizzare l'aggressività come modalità per gestire lo stress all'interno delle relazioni intime, soprattutto quelle di coppia; diversamente, per alcuni bambini e adolescenti, l'esposizione prolungata alla violenza può esitare in un'inibizione dei normali vissuti di rabbia e moti di aggressività, perché considerati inaccettabili sul piano dell'immagine personale e causa di vergogna (Luberti & Grappolini, 2021).

Un'importante conferma in tal senso la si trova nel famoso studio sulle esperienze sfavorevoli infantili di Felitti e colleghi (1998) tra i cui dati troviamo che

l'assistere alla violenza familiare si associa, per le donne, a un maggior rischio di essere vittime di violenza nelle relazioni intime e per gli uomini di divenire essi stessi autori di violenza.

L'approccio bio-psico-sociale alla violenza assistita

Nel 2006, l'OMS suggeriva la prospettiva «ecologica», ispirata al modello di Bronfenbrenner (1986), come la cornice teorica più adeguata entro la quale progettare gli interventi di fronteggiamento degli esiti della violenza sui minori. L'assunto teorico condiviso definisce, infatti, ogni condizione di violenza come scaturita da un peculiare intreccio di fattori attinenti all'individuo, alla relazione, alla comunità e alla società; pertanto, un piano di interventi che voglia risultare efficace dovrebbe prevedere azioni simultanee su ciascuno di questi livelli, all'insegna dell'integrazione e multidisciplinarietà di professionalità e servizi. La natura relazionale del fenomeno della violenza assistita impone di predisporre percorsi di presa in carico multi-livello che comprendano interventi preventivi, educativi e psicosociali per promuovere la resilienza e interventi clinici per curare gli esiti psicopatologici. La presa in carico è un processo complesso che implica l'azione sinergica di diversi attori che si muovono su piani disciplinari differenti, per rispondere in maniera integrata e sinergica ai bisogni della vittima e della famiglia.

In linea con questa prospettiva, anche il Cismai (2017) raccomanda di articolare il processo di presa in carico di questi minori in quattro diverse fasi — rilevazione, protezione, valutazione e trattamento — e sottolinea che ciascuna è inderogabile. Il documento redatto dal Cismai prosegue indicando l'urgenza di implementare in maniera tempestiva interventi psicologici specialistici ed efficaci per la cura degli esiti traumatici, al fine di ridurre il rischio di conseguenze sulla salute psicofisica a medio e lungo termine.

Un'evoluzione dell'approccio ecologico si ritrova nelle *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings* (IASC, 2007), prodotte dall'Inter-Agency Standing Committee, gruppo costituito dall'ONU e diverse agenzie umanitarie governative e non. Gli interventi per la salute mentale e per il supporto psicosociale prevedono azioni intersettoriali, fra diverse agenzie rappresentate da un gruppo di operatori il più ampio possibile: il fine è garantire approcci differenti ma complementari, organizzare interventi di promozione del benessere psicosociale ma anche orientati alla prevenzione e alla cura di disturbi mentali. Gli interventi multilivello sono rappresentati graficamente con una piramide che alla base comprende risposte sociali, educative e culturali da parte dei servizi di base, e all'apice individua servizi specialistici in risposta a problematiche specifiche di salute mentale.

I professionisti vanno, pertanto, coinvolti in specifici percorsi formativi centrati sia sulle conoscenze e sulle abilità di rilevazione precoce degli indicatori di funzionamento e sviluppo traumatico, così da favorire la rilevazione e la presa in carico tempestiva, sia sulle competenze per promuovere la resilienza delle famiglie e dei bambini nell'intento di potenziarne la consapevolezza e l'autoefficacia. Soprattutto nel lavoro con i bambini e gli adolescenti, gli interventi psicosociali — tesi a promuovere i fattori di protezione individuali, familiari e contestuali — possono privilegiare l'uso di strumenti figurativi come disegno, gioco, narrativa, drammatizzazione. Si tratta di strumenti preziosi perché facilitano i processi di organizzazione del pensiero ed espressione degli stati affettivi. La favola, in

particolare, offre ai più piccoli la possibilità di riconoscere e dar forma ai propri vissuti e pensieri attraverso l'identificazione con i personaggi, in genere fortemente caratterizzati proprio per evocare con facilità alcuni contenuti mentali e stimolare il ragionamento, anche su tematiche più complesse ed emotigene, garantendo la possibilità di rimanere nello spazio protettivo dell'immaginazione.

Un autorevole riferimento sul piano degli interventi nell'ambito della violenza a danno dei minori è rappresentato dalla National Child Traumatic Stress Network (<https://www.nctsn.org/>), un'organizzazione americana la cui mission è promuovere la conoscenza sul trauma in età evolutiva e orientare gli operatori riguardo alle metodologie di trattamento basate sulle evidenze scientifiche. Rispetto alla violenza assistita appare sottolineata la necessità di un approccio alla cura di tipo multimodale (Foschino Barbaro et al., 2019; Paparusso et al., 2021), con interventi simultanei a livello individuale e del sistema familiare, in particolare della relazione madre-bambino. Accompagnare un minore vittima di violenza assistita in un percorso terapeutico di comprensione e rielaborazione dei propri vissuti traumatici impone dunque la necessità di guidarne in parallelo, lungo un simile percorso, anche la madre, a sua volta vittima di violenza domestica e segnata da uguali vissuti traumatici che le impediscono di essere una figura di riferimento sensibile e responsiva. Lo stesso filone di ricerca sulla resilienza nei bambini traumatizzati indica la salute mentale della figura materna e la qualità della propria capacità di parenting come due tra i più importanti fattori di protezione per il benessere dei bambini (Fogarty et al., 2019).

Bibliografia

- APA – American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- APA – American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, & Terre des Hommes (2015). *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*. <https://terredeshommes.it/download/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf>
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, & Terre des Hommes (2021). *Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia*. <https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/ii-indagine-nazionale-maltrattamento-2021.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1986). *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: il Mulino.
- Buccoliero, E., & Soavi, G. (Eds.) (2018). *Proteggere i bambini dalla violenza assistita: Vol. 1. Riconoscere le vittime*. Milano: FrancoAngeli.
- Callaghan, J. & Alexander, J. (2015). *Understanding agency and resistance strategies (UNARS): Children's experiences of domestic violence*. DOI:10.13140/RG.2.1.2509.2324. www.unars.co.uk/reports.php
- CISMAI – Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (2017). *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita*. https://cismai.it/wp-content/uploads/2017/05/Opuscolo_ViolenzaAssistita_Bassa.pdf
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fetters, A., & Khazan, O. (2020). The worst situation imaginable for family violence. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/family/archive/2020/05/challenge-helping-abuse-victims-during-quarantine/611272/>

- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: The Free Press.
- Fong, V. C., Hawes, D., & Allen, J. L. (2019). A systematic review of risk and protective factors for externalizing problems in children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 149–167. DOI: 10.1177/1524838017692383
- Foschino Barbaro, M. G., & Mancini, F. (2017). *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Milano: FrancoAngeli.
- Foschino Barbaro, M. G., Berlingiero, I., Pellegrini, M., & Vitale, G. T. (2018). La rilevazione della violenza sommersa nel contesto ospedaliero: dalla diagnosi precoce alla presa in carico. In E. Buccoliero & G. Soavi (Eds.), *Proteggere i bambini dalla violenza assistita: Vol. 1. Riconoscere le vittime*. Milano: FrancoAngeli.
- Goffredo, M., & Foschino Barbaro, M. G. (2017). Il trauma interpersonale infantile. In M. G. Foschino & F. Barbaro Mancini (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. Milano: FrancoAngeli.
- Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377–391.
- Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery: the aftermath of violence. From domestic to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J. L., & Hirschman, L. (1977). Father-daughter incest. *Journal of Women in Culture and Society, 2*(4), 735–756.
- IASC – Inter-Agency Standing Committee, (2007). *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: IASC.
- Kimber, M., Adham, S., Gill, S., McTavish, J., & MacMillan, H. L. (2018). The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood – A systematic review. *Child Abuse & Neglect, 76*, 273–286.
- Larson, S., Chapman, S., Spetz, J., & Brindis, C. D. (2017). Chronic childhood trauma, mental health, academic achievement, and school-based health center mental health services. *Journal of School Health, 87*(9), 675–686. DOI: 10.1111/josh.12541
- Levendosky, A., Bogat, G., & Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD Symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women, 19*(2), 187–201. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801213476458>
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2007). *Bambini e violenza in famiglia: L'intervento psicoterapeutico con minori testimoni di violenza*. Bologna: il Mulino.
- Liotti G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luberti, R., & Grappolini, C. (2021). *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli: Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*. Trento: Erickson.
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). *World report on violence and health*, Geneva: l'Autore.
- OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>
- Paparusso, S., Goffredo, M., Berlingiero, I., & Foschino Barbaro, M.G. (2021). L'approccio multi-modale nei casi di violenza assistita intrafamiliare: strumenti e interventi psicologici. *Psicoterapeuti in Formazione, 27*.
- Toffanin, A.M. (2019). La ricerca sulla violenza maschile contro le donne. Una rassegna della letteratura. <https://viva.cnr.it/wpcontent/uploads/2019/08/deliverable07-ricerca-sullaviolenza-maschile-contro-donne-rassegnadella-letteratura.pdf>
- Zeanah, C., Berlin, H. L. J., & Boris N. W. (2011). Practitioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children, *Journal of Child Psychology and Psychiatry 52*(8); 819–833.
- Zero-to-Three (1994). *Classificazione Diagnostica: 0-3. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Milano: Masson.
- Zero to Three (2018). *DC:0-5: Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Roma: Giovanni Fioriti.

L'approccio narrativo alla cura del trauma

Riccardo Bertaccini¹ e Bianca Rita Berti²

In questo capitolo cercheremo di mettere in luce l'importanza di un approccio basato sulla narrazione nei processi di cura rivolti a bambini che hanno vissuto esperienze traumatiche, collocando questi interventi all'interno di una più ampia concettualizzazione della psicopatologia dell'età evolutiva e dell'approccio clinico ad essa dedicato.

Relazione e capacità narrativa: il modello costruttivista e cognitivo-evolutivo

La cornice teorica e applicativa che prenderemo come riferimento è quella della psicoterapia costruttivista e cognitivo-evolutiva (Lambruschi, 2014), una prospettiva che integra la dimensione evolutiva con l'ottica cognitivo-comportamentale classica e la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1972).

Lo studio dell'attaccamento, con particolare riferimento al modello dinamico maturativo (Crittenden, 1997; 1999; 2008), rappresenta infatti per il cognitivismo clinico la principale trama concettuale entro cui collocare l'organizzazione dei dati riguardanti lo sviluppo del Sé e i seguenti processi di costruzione della conoscenza umana (Reda, 1986; Guidano, 1988; 1992; 2007; 2008; 2010; Bara, 1996; 2006; Arciero, 2002; 2006; Arciero & Bondolfi, 2009; Lambruschi, 2004; 2014; Nardi, 2007; 2013; 2017).

Come noto, il concetto di *modelli operativi interni* proposto da Bowlby (1972) descrive i processi di interiorizzazione della relazione che ben si integrano con i modelli cognitivisti in cui il sistema conoscitivo umano è visto come un insieme organizzato di schemi e regole che guidano l'apprendimento dell'esperienza, l'elaborazione delle informazioni, l'agire e il sentire dell'individuo. Per questo la teoria dell'attaccamento possiede tutti i presupposti per costituirsi come paradigma integrativo e unitario dello sviluppo nelle sue componenti cognitive, affettivo-emotive e sociali (Lambruschi, 2014).

In questo modello, la dimensione interpersonale è un bisogno primario e imprescindibile. Per questo, il significato di qualsiasi comportamento di un bambino

¹ Psicologo psicoterapeuta, UONPIA Ausl Romagna sede di Forlì; SBPC – Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva (Bologna e Forlì); Centro Terapia Cognitiva (Forlì).

² Psicologo psicoterapeuta, specialista in Psicologia clinica, UFSMIA zona Pisana Azienda USL Nord Ovest Toscana; SBPC – Scuola Bolognese Psicoterapia Cognitiva (Bologna e Forlì).

può essere compreso solo se ogni azione è letta nella sua dimensione funzionale all'interno di un contesto relazionale e intersoggettivo. Solo entro uno stato di relazione stabile e sicuro riusciamo a sviluppare un sentimento di noi stessi altrettanto stabile e coeso; è pertanto evidente l'interdipendenza tra processi d'attaccamento e processi di costruzione del Sé. Il Sé rappresenta un'unità coerente attraverso la quale i processi psicologici si organizzano facendo emergere progressivamente un senso attivo di individualità e unicità personale; i bambini, dato il lento sviluppo cognitivo, acquisiscono una conoscenza di sé ben prima della capacità di riflettere su di essa e, gradualmente, saranno in grado di trasformare questa percezione tacita e immediata di sé in un senso di identità e di consapevolezza personale.

I bambini, quindi, organizzano il loro comportamento sulla base delle modalità con cui vengono trattati e con cui vengono soddisfatte le loro esigenze nonché delle risposte ottenute alle loro richieste di attaccamento e di esplorazione. Le rappresentazioni mentali che essi formano sulla base dell'esperienza li aiutano a dare un senso all'ambiente circostante, diventando la struttura portante delle aspettative, delle credenze e dei comportamenti. Tali rappresentazioni guidano i bambini nel loro costruire strategie per acquisire un senso adeguato di sicurezza e di protezione: tali strategie saranno più o meno appropriate, lineari o complesse in funzione del livello e della qualità della responsabilità agita da parte dei caregiver. Questo aspetto pone ovviamente la distinzione fra itinerari di sviluppo più equilibrati o sicuri in cui il bambino sperimenta la disponibilità di un genitore sensibile e altri in cui il caregiver mostrerà maggior imprevedibilità se non addirittura rifiuto, invalidazione o franca ostilità.

I ricordi delle esperienze passate, dunque, influenzano i modelli operativi interni e questi a loro volta influenzano la maniera di percepire e memorizzare le esperienze. In questa dialettica costante troviamo la base del processo di costruzione della continuità del Sé nel tempo e nello spazio, elementi centrali per la creazione di una storia personale.

Con lo sviluppo del linguaggio l'esperienza soggettiva del bambino si arricchisce progressivamente di quella che è definita, nei termini della scienza cognitiva, *conoscenza dichiarativa*, cioè la capacità di narrare ciò che si conosce di sé e del mondo. La precedente conoscenza tacita, senso-motoria, di se stessi e del mondo può ora essere tradotta in termini via via più espliciti. Tutti questi differenti sistemi di memoria concorrono a costruire le narrative personali, a rendere possibile la costruzione della propria storia personale e delle proprie esperienze che via via diventano sempre più accessibili non solo alla coscienza della persona ma anche all'altro attraverso i processi comunicativi e di condivisione. Mentre la memoria procedurale e la memoria per immagini riflettono entrambe direttamente l'esperienza reale del bambino, quella linguistica (connotativa e semantica) e quella episodica sono influenzate nel loro plasmarsi dall'interazione con gli adulti significativi (Lambruschi, 2014); la storia personale è costantemente co-costruita nello scambio con l'altro, con il mondo che ci rimanda un senso di noi stessi e contemporaneamente è arricchito dal nostro stesso farne parte.

Questo modello evidenzia come fin dall'infanzia la conoscenza di sé si strutturi sotto forma narrativa; l'identità stessa può essere intesa come una storia che è organizzazione di sequenze, attribuzione di significati, tentativo di trasformazione evolutiva dei rapporti tra sé e il mondo, previsione del possibile e del futuro, ovvero un processo di conoscenza che può essere tacita o dichiarativa, consapevole o inconscia; una conoscenza che è «certamente detta con le parole, ma anche veduta nelle immagini mentali e sentita nelle emozioni» (Veglia, 1999).

La capacità del singolo di costruire narrative e di godere delle narrazioni altrui è strettamente connessa quindi alla qualità delle sue esperienze relazionali primarie. Questo punto appare cruciale per attuare interventi terapeutici che utilizzano le storie e la narrazione come strumento di cura e che quindi richiedono, per essere efficaci, di costruire una relazione terapeutica significativa perché solo all'interno di un contesto interpersonale stabile le storie possono esprimere tutto il loro potenziale riparativo.

Approccio narrativo e trauma: la co-costruzione di nuove narrative

Nel corso del loro sviluppo molti bambini e ragazzi vivono esperienze stressanti ma non tutte possono essere classificate come Trauma. Il DSM-5 definisce traumatiche quelle situazioni in cui il minore è direttamente coinvolto, oppure assiste a eventi che implicano morte effettiva o minacciata, lesioni gravi o violenza sessuale (APA, 2013, p. 271). Alcuni esempi sono appunto la violenza assistita (in ambito sia domestico sia extra-familiare), l'abuso sessuale e fisico, la trascuratezza, lutti violenti o imprevisti di figure affettivamente significative, disastri umanitari e ambientali.

Lo studio degli effetti degli eventi traumatici sullo sviluppo dei bambini pone ad oggi ancora alcune questioni complesse, dato che non tutti i minori mostrano le stesse risposte agli stessi eventi e, addirittura, alcuni soggetti non sembrano sviluppare sintomi specifici nel tempo pur essendo stati esposti a situazioni potenzialmente traumatiche. Molti bambini si mostrano resilienti, molti altri invece no e possono sviluppare sintomi specifici — difficoltà sul piano della regolazione affettiva, comportamentale, interpersonale, e dei processi cognitivi e anche biologici — che hanno un impatto a lungo termine sul loro sviluppo, salute e sicurezza personale.

La variabilità delle risposte infantili al trauma dipende, in parte, dal fatto che i bambini hanno un modo peculiare di comprendere gli eventi traumatici, attribuendo ad essi significati in base a se stessi e alla propria esperienza pregressa e integrando gli stessi eventi in un più ampio senso di Sé, usufruendo anche di supporti interni (familiari) ed esterni (scuola, amici, ecc.).

Fra i vari fattori che possono influenzare la risposta a tali eventi possiamo considerare sia il livello di sviluppo del bambino, la sua età e le sue strategie di coping, sia e soprattutto la qualità dell'ambiente circostante di vita. Quest'ultima, intesa come capacità dei caregiver di offrire supporto e sintonizzazione emotiva, appare svolgere un ruolo centrale nel promuovere le capacità poi osservate nei bambini di fronteggiare le situazioni difficili (Cohen & Mannarino, 1996; 1998; 2000).

Particolare attenzione va rivolta a quelle tipologie di eventi traumatici che rientrano nella categoria definita *trauma dello sviluppo* (Schore, 2003; 2009), ad alta valenza interpersonale e che riguardano esperienze particolarmente critiche all'interno della relazione affettiva con i caregiver. Le situazioni familiari di violenza diretta o assistita a cui molti bambini e ragazzi possono essere esposti rappresentano una causa molto significativa dello sviluppo di sintomi post-traumatici di notevole gravità, dato che i vissuti di minaccia e pericolo sono dovuti proprio alle persone che abitualmente sono considerate deputate a confortare e proteggere. Tali esperienze negative producono un forte senso di discontinuità personale di cui risentono anche i modelli operativi interni (Bowlby, 1972) e possono spingere l'individuo a costruirsi credenze erronee in un tentativo di accomodare, ripristinare e mantenere una coerenza personale e interpersonale.

La risultante spesso sono pensieri e cognizioni inaccurate o tendenzialmente inutili che possono risultare esplicitamente falsificabili oppure altamente irrealistiche, non basate sulla logica formale, caratterizzate da generalizzazioni, idealizzazioni, iper-responsabilizzazioni e che contribuiscono a creare narrative disfunzionali degli eventi e del significato che il soggetto attribuisce ad essi.

Il trauma, infatti, rende la memoria frammentata e questo rischia di alterare i ricordi o la loro precisa collocazione nel tempo, generando inevitabile confusione nella persona, dubbi sulla veridicità degli eventi e sulle responsabilità degli stessi, elementi che sul piano clinico possono mantenere e peggiorare il malessere psicologico e la sintomatologia associata.

Tutti i bambini filtrano i ricordi positivi e negativi per costruire modelli che possano dare un senso alle esperienze, ma quelli con alle spalle storie complesse e traumatiche hanno bisogno di un supporto attivo da parte degli adulti per gestire i propri ricordi e costruire un senso di sé realistico, equilibrato e sostanzialmente positivo (Schofield & Beek, 2013). Infatti, i ricordi precoci dei bambini cresciuti in contesti violenti o traumatici sono spesso quelli di essere stati trattati e considerati «cattivi» o «senza valore» arrivando a sentirsi «colpevoli» della violenza e dei maltrattamenti a cui hanno assistito o che hanno subito.

In un contesto di cura si deve dunque promuovere la co-costruzione di nuove narrative all'interno delle quali i bambini possano trasformare i loro ricordi, le loro idee e i loro sentimenti in parole da utilizzare poi per creare racconti coerenti delle loro storie e di se stessi. Sperimentare un accudimento più positivo permetterà di costruire ricordi di tipo diverso e di predisporre il terreno per riuscire a rivedere le loro aspettative rimodellando i modelli operativi interni.

Per tale motivo risulta importante, nei processi di intervento e trattamento rivolti al trauma, dedicare spazio e tempo alla ricostruzione narrativa degli eventi per poi poter lavorare su queste storie e sulle costruzioni narrative disfunzionali che le caratterizzano.

In queste tipologie di intervento il bambino è portato a creare una narrazione degli eventi critici, rivelando progressivamente dettagli ed esponendosi ad essi e alle conseguenti reazioni emotive. La narrazione dell'evento traumatico può consentire, in un contesto di sicurezza, una riesposizione al trauma senza esserne ri-traumatizzati, attivando un progressivo processo di desensibilizzazione.

Uno degli obiettivi dell'approccio narrativo al trauma è appunto quello di scollegare i pensieri e i ricordi dalle emozioni negative soverchianti di paura, rabbia, colpa, ansia che portano a evitamento, estrema vulnerabilità e disregolazione emotiva e comportamentale.

Occorre precisare che la costruzione di una narrativa va già considerata un processo elaborativo: sistematizzare e riorganizzare i vari aspetti del ricordo produce, nei confronti di contenuti critici, forme di selezione, accomodamento e decentramento sostenute anche dal coinvolgimento delle competenze metacognitive presenti nei bambini e nei ragazzi in termini di rilettura autobiografica dei propri pensieri e delle proprie esperienze.

Il bambino può narrare gli eventi traumatici utilizzando diverse modalità come il racconto libero, oppure la scrittura, il disegno o il gioco (Agosti & Seassaro, 2017). Nella pratica clinica anche le fiabe si sono rivelate degli utilissimi facilitatori dell'elaborazione mentale sia per promuovere una riflessione su analogie e differenze tra la propria storia e quella narrata nella fiaba sia per introdurre, nei momenti giusti, delle perturbazioni orientate strategicamente alla riorganizzazione dei pattern d'attaccamento evidenziati e alla differenziazione degli schemi cognitivi

interpersonali, i modelli operativi interni, attraverso i quali il bambino tende ad assimilare la realtà.

In effetti il valore intrinseco di ogni fiaba risiede proprio nella sua capacità di presentare al bambino, sfruttando le sue capacità immaginative, situazioni di difficoltà per l'eroe della fiaba con un linguaggio per lui più accessibile e comprensibile. La fiaba tende a stimolarlo a condividere con l'adulto di riferimento una storia nella quale il protagonista, con cui si identifica, deve fronteggiare situazioni complesse e spesso drammatiche (Lambruschi, 2004).

La narrazione della propria storia — attraverso il linguaggio, il disegno, la rappresentazione simbolica del gioco o ancora attraverso la metafora offerta dall'utilizzo della fiaba — permette di fare palestra delle aree emozionali critiche non attraversate e articolate dal bambino nel legame con le figure d'attaccamento, rendendo legittima la loro identificazione, espressione e condivisione nel processo di cura. Attraverso la narrazione il bambino può rendere esplicite le sue particolari esigenze affettive, condividendo empaticamente le emozioni connesse alla storia narrata con la figura di riferimento, sia che si tratti del terapeuta sia che si tratti del suo caregiver.

Nei contesti di cura del trauma, deve essere prioritaria l'attenzione al piccolo paziente, con il quale è necessario promuovere una rielaborazione degli eventi traumatici che rischiano altrimenti di fissarsi in modelli operativi che distorcono la percezione della realtà, ma è fondamentale sostenere anche le figure adulte di riferimento che se ne prendono cura affinché riescano a costruire una narrativa comune con il bambino e a riconoscere, accogliere e contenere le sue emozioni emergenti cercando di offrirgli un'esperienza emozionale correttiva.

Questa operazione di ricostruzione narrativa, esposizione e ridefinizione è necessaria per poter integrare i pensieri e i vissuti connessi all'esperienza traumatica dentro un'esperienza di sé comprensibile, aiutando il bambino a non considerare l'esperienza negativa come totalizzante nella propria vita. Attraverso la narrazione e la sua elaborazione cognitiva, l'evento traumatico diventa una delle esperienze di vita del bambino e non ciò che definisce il suo senso di Sé. In pratica, questi processi, se adeguatamente sostenuti all'interno di una dimensione interpersonale supportiva e cooperativa, possono portare a integrare con successo le esperienze traumatiche e il loro significato in una più ampia e ottimale concezione di Sé (Cohen & Mannarino, 2017).

Bibliografia

- Agosti, S., & Seassaro, U. (2021). Psicoterapia per bambini vittime di violenza assistita. In R. Luberti & C. Grappolini (Eds.), *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli*. Trento: Erickson.
- APA (2013). *DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, Washington, DC. Trad. it., *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore. Traduzione italiana della Quinta edizione di Francesco Saverio Bersani, Ester di Giacomo, Chiarina Maria Inganni, Nidia Morra, Massimo Simone, Martina Valentini.
- Arciero, G. (2002). *Studi e dialoghi sull'identità personale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Arciero, G. (2006). *Sulle tracce di sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Arciero, G., & Bondolfi, G. (2009). *Selfhood, identity and personality styles*. Chichester: Wiley & Sons Ltd.
- Bara, B. G. (1996). *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Bara, B. G. (2006). *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1972). *Attaccamento e perdita (3 voll.)*. Torino: Boringhieri.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1402–1410.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children: Six-and 12-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 44–51.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983–994.
- Cohen, J.A., Mannarino, A. P., & Deblinger E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Crittenden, P. M. (1997). *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Milano: Masson.
- Crittenden, P. M. (1999). *Attaccamento in età adulta: L'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Raffaello Cortina.
- Crittenden, P. M. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Guidano, V. F. (1988). *La complessità del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (1992). *Il Sé nel suo divenire: Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (2007). *Psicoterapia cognitiva post-razionalista*. Milano: FrancoAngeli.
- Guidano, V. F. (2008). *La psicoterapia tra arte e scienza*. Milano: FrancoAngeli.
- Guidano, V. F. (2010). *Le dimensioni del Sé*. Roma: Alpes.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Lambruschi F. (Ed.). (2014). *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: Procedure d'assessment e strategie psicoterapeutiche (2nd ed.)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lambruschi, F., & Lenzi, S. (2014). Sviluppo del modello clinico cognitivista in età evolutiva. In F. Lambruschi (Ed.), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: Procedure d'assessment e strategie psicoterapeutiche (2nd ed.)*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lambruschi, F., Iacchia, E., & Raffa, E. (2004). La fiaba come espressione del senso di sé emergente. In G. Rezzonico & D. Leccione D. (Eds.), *Sogni e psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Nardi, B. (2007). *Costruirsi: Sviluppo e adattamento del Sé nella normalità e nella patologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Nardi, B. (2013). *La coscienza di sé: Origine del significato personale*. Milano: FrancoAngeli.
- Nardi, B. (2017). *Organizzazioni di personalità: Normalità e patologia psichica*. Ancona: Accademia dei Cognitivi della Marca.
- Reda, M. A. (1986). *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Schofield, G., & Beek, M. (2013). *Adozione, affido, accoglienza: L'attaccamento al centro delle relazioni familiari*. Milano: Raffaello Cortina.
- Schore, A. N. (2003). Early relational trauma, disorganized attachment, and the development of a predisposition to violence. In D.J. Siegel & M.F. Solomon (Eds.), *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. New York: W W Norton.
- Schore, A. N. (2009). Relational trauma and the developing right brain. In T. Baradon (Ed.), *Relational trauma in infancy: Psychoanalytic attachment and neuropsychological contributions to parent-infant psychotherapy (pp. 19-47)*. New York: Routledge.
- Veglia, F. (1999). *Storie di vita: Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.

Attività preliminari

Prima di proporre la lettura della storia e di svolgere le attività, soprattutto se si lavora in setting di gruppo, è opportuno che l'operatore dedichi alcuni dei primi incontri alla presentazione e conoscenza dei membri del gruppo, alla costruzione delle regole, alla conoscenza degli aspetti fondamentali delle emozioni e alla ricerca e riconoscimento delle risorse personali di ciascun bambino.

In questi incontri occorrerà anche creare un clima accogliente ed empatico in cui i bambini possano condividere i propri vissuti dolorosi.

Le presentazioni

Ci sono molte attività o giochi per rompere il ghiaccio e presentarsi agli altri. Ad esempio, ci si può disporre in cerchio e a turno bambini e conduttore dicono il proprio nome, cognome, età, interessi nel tempo libero, sport praticati oppure aspetti del proprio carattere. Con i bambini più piccoli la presentazione orale può essere sostituita da un disegno intitolato «Mi presento!» o «Questo sono io!», che offrirà lo spunto ai bambini per descriversi agli altri. In alternativa si può proporre il «gioco del palloncino», nel quale la parola passa a chi ha il palloncino, che potrà parlare e presentarsi al gruppo, mentre tutti gli altri ascoltano. L'operatore tira in alto il palloncino e il bambino che viene toccato dal palloncino può cominciare a presentarsi. Quando ha finito, passa il palloncino a un compagno, che potrà presentarsi a sua volta. Questo meccanismo si ripete sino a che tutti i bambini hanno parlato e completato la propria presentazione.

Oltre a essere piacevole e gradita ai bambini, questa attività è un modo per introdurre in maniera implicita le regole e i principi che guideranno il lavoro di gruppo:

- tutti hanno diritto di parlare, garantendo però il rispetto degli altri;
- deve essere rispettato il turno di parola: quando qualcuno parla, che sia il conduttore o un bambino, tutti gli altri ascoltano;
- ciascuno è libero di decidere quali aspetti di sé o esperienze di vita condividere con gli altri.

La libertà di dire quello che vogliono su di sé crea subito un clima di accettazione ed elimina le possibili ansie legate alla paura di una valutazione della risposta.

In questa fase è importante dare ai bambini delle informazioni chiare e puntuali sul setting e spiegare gli obiettivi del percorso che hanno intrapreso. È consigliabile quindi esplicitare fin da subito il motivo per cui i bambini sono nel gruppo, ovvero aver assistito a episodi di violenza domestica. Allo stesso modo l'operatore spiegherà ai bambini che il percorso di gruppo potrà aiutarli a parlare dei propri vissuti e a condividere le esperienze per cercare delle strategie con le quali affrontare le paure. Si assicurerà che abbiano compreso che sono liberi di condividere quello che si sentono e che nessuno è forzato a raccontare cose che non vuole condividere.

Le regole del gruppo

Finite le presentazioni, si passa a definire le regole del gruppo, che è consigliabile stabilire insieme ai bambini dando a ciascuno la possibilità di portare il proprio contributo.

L'operatore invita ogni bambino a pensare e poi esporre agli altri le regole che secondo lui devono essere rispettate nel gruppo. Le varie proposte vengono poi discusse con l'aiuto del conduttore che, se necessario, le riformula o adatta alle esigenze del gruppo.

Una volta definite con chiarezza, i bambini le scrivono su un cartellone che poi sarà appeso nella stanza, in modo che siano visibili a tutti in qualsiasi momento.

Le regole sono molto importanti, perché aiutano a creare un clima di giustizia ed equità all'interno del gruppo, e incoraggiano i bambini a consolidare comportamenti adeguati.

Nello stesso tempo servono anche al conduttore per rispondere in modo opportuno ai diversi comportamenti.

Con i bambini tendenti all'iperattività o all'aggressività, la stesura delle regole è indispensabile per dare un contenimento e una limitazione ai comportamenti incontrollati o disregolati.

Inoltre, facendo della costruzione delle regole un lavoro di partecipazione e condivisione tra operatore e bambini questi ultimi le percepiscono come proprie, non imposte da un adulto, e tendono a rispettarle di più.

Le regole riguardano il rispetto degli altri, degli oggetti presenti nella stanza, dei tempi e degli spazi. Alcune semplici indicazioni per renderle più efficaci sono:

- limitarne il numero (massimo 6-8)
- formularle in modo chiaro
- formularle in modo positivo.

L'operatore successivamente potrà far scrivere ai bambini con la stessa modalità tutto quello che è possibile fare nella stanza degli incontri. Se in una prima fase l'argomento riguarda «le cose che non si devono fare», in questa fase l'obiettivo è individuare «le cose che si possono fare», favorendo così nei bambini una maggiore libertà di espressione.

Prima della fine dell'incontro, si può predisporre un cartellone con scritti i nomi di tutti i componenti del gruppo, così che ognuno di essi abbia un proprio spazio dove segnare le emozioni che ha provato durante gli incontri o nella vita quotidiana: in questo modo ognuno rappresenterà il proprio «percorso emotivo» per tutta la durata delle attività.

La conoscenza delle emozioni






Le componenti delle emozioni

Per iniziare si può proporre di fare una tabella o schema per evidenziare le diverse componenti di un vissuto emotivo, con i nomi delle emozioni principali (rabbia, paura, tristezza, felicità, disgusto, sorpresa) e i relativi correlati fisici (espressioni facciali, posture corporee, tono di voce). Per comodità questi ultimi possono essere rappresentati dalle sole espressioni facciali attraverso immagini stilizzate, ad esempio emoticon, reperite in rete e stampate o ritagliate da riviste. Nella parte sottostante il cartellone verrà diviso in tre parti, dedicate rispettivamente alle componenti comportamentale, cognitiva e fisiologica del vissuto emotivo, per ognuna delle quali verranno scritti o disegnati degli esempi.

La prima componente è quella comportamentale, ovvero quello che facciamo o diciamo quando proviamo una determinata emozione. La rabbia, ad esempio, potrebbe essere rappresentata con l'immagine di un bambino a scuola che batte i pugni sul banco o risponde male a un compagno; la tristezza con il disegno di un bambino che piange, se ne sta da solo in un angolo o ancora racconta a un amico cosa gli è successo.

La seconda è la componente fisiologica, ovvero che cosa sentiamo dentro il nostro corpo e dove lo sentiamo. Alla rabbia, ad esempio, potrebbe corrispondere una sensazione di calore alle braccia e alle mani: la si potrà raffigurare colorando di rosso braccia e mani di una sagoma disegnata del corpo. Oppure, nel caso della paura che fa battere il cuore fortissimo, si colorerà di rosso la zona corrispondente dentro alla sagoma del corpo.

L'ultima componente è quella cognitiva, ovvero i pensieri o le immagini che ci passano per la testa quando proviamo un'emozione. Si potrebbero disegnare allora, ad esempio, un bambino molto arrabbiato con un fumetto che rappresenta i suoi pensieri, come «Non è giusto! Non me lo merito!»; un bambino triste che ha dei pensieri tipo «Non mi riuscirà mai!» o «Perché capita solo a me!» o un bambino che ha paura e pensa «E se non sono bravo come gli altri?» o «E se sbaglio di nuovo?». Il cartellone potrebbe essere realizzato come segue.

Emozioni	Rabbia	Paura	Tristezza	Felicità	Disgusto	Sorpresa
<i>Espressioni facciali</i>						
<i>Componente comportamentale</i>	Cosa faccio/ dico quando sono arrab- biato?	Cosa faccio/ dico quando sono spaven- tato?	Cosa faccio/ dico quando sono triste?	Cosa faccio/ dico quando sono felice?	Cosa faccio/ dico quando sono disgu- stato?	Cosa faccio/ dico quando sono sorpre- so?
<i>Componente fisiologica</i>	Cosa sento e dove quando sono arrab- biato?	Cosa sento e dove quando sono spaven- tato?	Cosa sento e dove quando sono triste?	Cosa sento e dove quando sono felice?	Cosa sento e dove quando sono disgu- stato?	Cosa sento e dove quando sono sorpre- so?
<i>Componente cognitiva</i>	Cosa penso quando sono arrabbiato?	Cosa penso quando sono spaventato?	Cosa penso quando sono triste?	Cosa penso quando sono felice?	Cosa penso quando sono disgustato?	Cosa penso quando sono sorpreso?

L'operatore guiderà i bambini a trovare diversi esempi per ciascuna emozione, facendo attenzione a individuare sia le modalità di tipo «esternalizzante» (bambini che tendono a esprimere le emozioni) sia di tipo «internalizzante» (bambini introversi che tendono a tenere dentro le emozioni), e a capire che ogni persona, quando prova un'emozione ha, anche se magari non ne è consapevole, dei pensieri e delle sensazioni fisiche interne, il più delle volte in parti specifiche del corpo e mette inevitabilmente in atto dei comportamenti; i pensieri, le sensazioni interne e i comportamenti collegati alle emozioni possono essere diversi da persona a persona.

Per lavorare sulle sensazioni fisiche l'operatore potrà fornire a ogni bambino un grande foglio bianco, di misura maggiore del suo corpo, sul quale gli chiederà di distendersi e con un pennarello tratterà una linea attorno al perimetro del corpo. Dopodiché il bambino potrà alzarsi, osservare la sagoma e personalizzarla disegnando o scrivendo all'interno di essa le sensazioni che solitamente prova in relazione alle diverse emozioni illustrate sul cartellone.

Dopo il lavoro sulle emozioni fondamentali, l'operatore approfondirà le emozioni secondarie o complesse, soffermandosi soprattutto su quelle più comuni nei vissuti dei bambini vittima di violenza assistita. Oltre a paura, rabbia e tristezza, emozioni frequenti sono:

- vergogna;
- senso di colpa per non essere stati in grado di contrastare la violenza, perché privilegiati in quanto non direttamente maltrattati o ancora perché temono di aver causato liti tra i genitori;
- senso di impotenza per l'incapacità di fermare la violenza;
- sentimenti di fallimento dovuti alle esperienze ripetute di impotenza che riducono risorse e capacità di coping fino ad annullarle;
- senso di solitudine.

L'operatore si accerterà che i bambini conoscano le espressioni legate ai vissuti emotivi che vengono utilizzate nelle schede operative e ne spiegherà il significato. Alcune infatti, come «senso di impotenza», potrebbero non essere note ai bambini più piccoli.

Il termometro delle emozioni

L'operatore introduce l'idea dei livelli di intensità delle emozioni utilizzando il «termometro delle emozioni»: così come il termometro ci dice se abbiamo la febbre e quanta, il termometro delle emozioni ci dice se proviamo una certa emozione e in che misura. Spiega che imparare a riconoscere non solo le proprie emozioni ma anche la loro intensità ci aiuta a gestirle meglio e a trovare strategie adeguate per affrontare le situazioni in cui ci sembra che ci dominino.

Anche il termometro delle emozioni verrà rappresentato su un cartellone con un disegno stilizzato e una serie di indicatori, solitamente 0 come valore minimo e 100 come valore massimo (si veda un modello nella figura 9.1) — o, con i bambini più piccoli, da 0 a 10 — ed eventualmente tre fasce di intensità: bassa (ad esempio da 0 a 30), media (da 30 a 70), alta (da 70 a 100).

Una volta realizzato il cartellone, l'operatore lo appenderà alla parete in modo che sia visibile da tutti. Il termometro delle emozioni verrà utilizzato durante l'intero percorso per riflettere sui propri stati emotivi e condividerli. L'operatore farà spesso riferimento ad esso così da fornire ai bambini una guida al suo uso e da stimolarli a prendere loro stessi l'iniziativa di raccontare e condividere i propri stati emotivi.

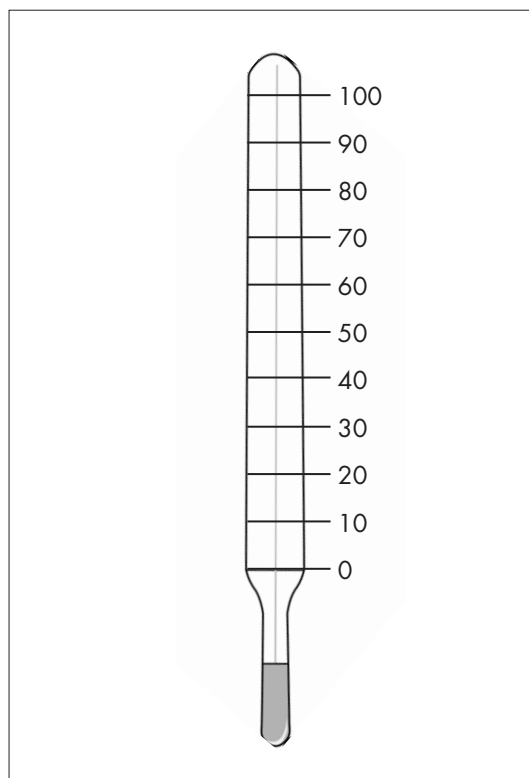


Fig. 9.1 Modello di termometro delle emozioni.

Le parole delle emozioni

L'operatore può utilizzare il termometro per proporre un lavoro sulla consapevolezza e sul lessico delle emozioni presentando una lista di parole da collocare sui vari livelli del termometro. Nella tabella 9.1 forniamo alcuni esempi come spunto: l'operatore potrà ampliarli o utilizzare altre parole a suo piacimento. Questo lavoro sulle parole delle emozioni aiuta i bambini a comprendere meglio che possono essere vissute e definite a diversi livelli di intensità.

TABELLA 9.1
Esempi di parole delle emozioni

Parole per la...				
felicità	tristezza	rabbia	paura	vergogna
Gioioso	Deluso	Sdegnato	Preoccupato	Imbarazzato
Spensierato	Depresso	Arrabbiato	In ansia	Sospettoso
Tranquillo	Dispiaciuto	Disturbato	Spaventato	Ansioso
Euforico	Infelice	Annoiato	Terrorizzato	Guardingo
Lieto	Senza speranza	Agitato	Impaurito	A disagio
Emozionato	Cupo	Seccato	Angosciato	Incerto/indeciso
Contento	Appesantito	Furibondo	Nervoso	Dubbioso
Allegro	Scoraggiato	Irritato	Impensierito	Intimorito
Eccitato	Malinconico	Furioso	Allarmato	Chiuso
Soddisfatto	Sconfitto	Frustrato	Intimorito	Intimidito
Sereno	Affranto	Indignato	Pensieroso	In soggezione
Pazzo di gioia	Abbattuto	Infastidito	Atterrito	Confuso
Felicissimo	Scontento	Adirato	Smarrito	Disorientato

L'equipaggiamento per il viaggio

Per presentare il percorso psicoeducativo abbiamo deciso di utilizzare la metafora del cammino per scalare una montagna: un'impresa difficile e faticosa ma lungo la quale si trovano anche discese e momenti di riposo, da realizzare insieme ad altri (andare in montagna da soli è pericoloso!) e da intraprendere ben attrezzati. In particolare, i bambini saranno equipaggiati con uno zaino — che in viaggio diventa la nostra «casa», diventa un po' «noi» con tutte le cose che ci portiamo dietro, come i ricordi, belli e tristi, le emozioni, i pensieri, insomma la nostra storia — nel quale metteranno alcuni oggetti utili — la bussola, la mappa, la borraccia e la torcia — che contrassegnano le attività delle schede operative presenti nel capitolo 10.

- *Bussola*: serve a orientarsi, a ritrovare la strada, a camminare su sentieri sicuri. Nelle schede è uno strumento con cui si aiuta il bambino ad acquisire consapevolezza delle proprie emozioni in base ai quattro punti cardinali che rappresentano le varie componenti delle emozioni: il nord corrisponde ai pensieri, il sud alle sensazioni fisiche, l'ovest al comportamento e l'est all'intensità/ termometro dell'emozione.
- *Mappa*: mostra da dove partiamo e la strada che faremo, ci prepara alle salite ma ci dice anche dove potremo ristorarci. Ci permette in ogni momento di sapere dove ci troviamo. Nelle schede mostra quali sono le risorse esterne, i luoghi sicuri e i rifugi, dove chiedere aiuto in caso di necessità.
- *Borraccia*: nei momenti di grande fatica ci ristora, dandoci energie per continuare il cammino. Nelle schede aiuta il bambino ad acquisire consapevolezza delle proprie risorse interiori, dei punti di forza personali su cui fare leva in caso di bisogno.
- *Torcia*: se durante il cammino ci sorprende la notte, sarà importante fare luce nel buio e vederci bene. Nelle schede aiuta il bambino a individuare comportamenti alternativi e nuove strategie di coping più adattive: il cono di luce si sposta e illumina una zona che non era esplorata.

La preparazione dell'equipaggiamento

Ogni bambino dovrà avere il proprio zaino contenente tutti gli strumenti. A questo scopo l'operatore chiede di portare da casa uno zaino, bussola, torcia, borraccia e mappa che lasceranno nella stanza degli incontri per tutta la durata del percorso. In alternativa, questi oggetti potranno essere realizzati nel corso dei primi incontri utilizzando materiale di riciclo (carta, cartone, stoffe, ecc.). Ogni volta che propone una scheda operativa, l'operatore inviterà i bambini a prendere dallo zaino lo strumento raffigurato in alto a sinistra e di posizionarlo di fronte a sé: servirà a ricordare se l'attività verte sulle emozioni (bussola), sulle risorse esterne (mappa), sulle risorse interne (borraccia) oppure sulla ricerca di soluzioni a un problema (torcia). Sono ritualità condivise che aiutano i bambini a focalizzarsi sulle attività, li rassicurano e li guidano nel prendere contatto con contenuti spesso difficili da affrontare.

La ricerca delle risorse individuali

L'operatore propone un'attività di ricerca, riconoscimento e condivisione delle risorse individuali che serviranno per affrontare il viaggio. A questo scopo li

invita a descrivere se stessi e a individuare ed elencare — usando aggettivi o brevi frasi — i propri punti di forza; può utilizzare anche parole come *pregi, qualità, risorse, capacità* o espressioni come «le cose che so fare bene/in cui sono bravo» oppure ancora «le qualità che mi aiutano a superare i problemi e le difficoltà». Una volta individuate le proprie risorse, i bambini le scrivono sulla propria borraccia.

Nello svolgimento di questa attività l'operatore guiderà e stimolerà soprattutto i bambini più piccoli o con minori capacità introspettive o metacognitive; se necessario fornirà una serie di termini che indicano qualità personali, come quelli riportati nella tabella di seguito. L'operatore solleciterà i bambini a prendere in considerazione nelle proprie scelte anche le risorse che entrano in gioco nelle esperienze affrontate nella storia. Anche in questo caso si accerterà che i bambini conoscano il significato delle parole ed eventualmente lo spiega.

Onesto/a	Leale	Mi impegno nelle cose
Sincero/a	Umile	Gentile
Paziente	Affidabile	Altruista
Mi adatto alle situazioni nuove	Prudente	Mi fido degli altri
Creativo	Responsabile	Spiritoso/a
Ho buone idee	Tenace	Ribelle
Buono	Preciso/a	Vivace
Mi metto nei panni degli altri	Diligente	Affettuoso/a
Generoso/a	Ordinato/a	Socievole
Rispetto gli altri	Mi so organizzare	Sportivo/a
Intelligente	Disponibile	Studioso/a
Sicuro/a	Ironico/a	Dolce
Indipendente	Comprensivo/a	Astuto/a

Le qualità così individuate e condivise verranno utilizzate nel corso degli incontri quando:

- si parla di risorse personali per superare le difficoltà;
- i bambini lavorano sulle schede operative contrassegnate dal simbolo della borraccia, dove è loro chiesto di aiutare Giulio, il protagonista della storia, ad affrontare una situazione difficile con una o più delle proprie risorse. Se non fosse possibile rintracciare tra le risorse dei bambini quelle che servono a Giulio, l'operatore può sollecitare i bambini ad attingere dalla lista proposta sopra;
- un bambino nel gruppo si trova in un momento di difficoltà o disagio (ad esempio nel raccontare un proprio stato emotivo o un'esperienza vissuta) e gli altri vogliono aiutarlo prestandogli la propria borraccia;
- ci si confronta, alla fine di ogni incontro, sulle risorse che ciascuno ha utilizzato.

Può essere opportuno considerare anche il concetto di risorsa dello stare in gruppo, avendo la possibilità di aiutarsi, sostenersi, condividere emozioni e obiettivi e incoraggiare i comportamenti di attenzione, cura e sostegno verso i compagni del gruppo.

Attività e schede operative

CONTENUTI	PAGINE
SEZIONE 1: GIULIO E LA MAMMA	
Indicazioni per l'operatore	90
Schede operative per i bambini	93
SEZIONE 2: GIULIO ALLA FINESTRA	
Indicazioni per l'operatore	97
Schede operative per i bambini	100
SEZIONE 3: LA MAESTRA ANNA	
Indicazioni per l'operatore	105
Schede operative per i bambini	108
SEZIONE 4: LA STANZA DEI DELFINI	
Indicazioni per l'operatore	115
Schede operative per i bambini	119
SEZIONE 5: QUELLO CHE SENTO	
Indicazioni per l'operatore	124
Schede operative per i bambini	127
SEZIONE 6: GIULIO E LA MAMMA A SCUOLA	
Indicazioni per l'operatore	132
Schede operative per i bambini	135
SPUNTI PER IL LAVORO CON LE MADRI	139
TI RACCONTO LA NOSTRA STORIA: INCONTRO CONGIUNTO MADRE-BAMBINO	147

SEZIONE 1

—

Giulio e la mamma

Giulio si è appena svegliato. La luce del mattino rischiara la sua camera e lo zaino nuovo lì sulla scrivania, pronto per la scuola.

All'improvviso il bambino ricorda quello che è successo la sera prima e l'espressione del suo viso si rabbuia, lo sguardo diventa triste, smarrito, lontano.

Nessuno è venuto a chiamarlo, ma lui sa bene che deve alzarsi alla svelta, andare in bagno, lavarsi, vestirsi.

Esce dal letto e con passo felpato attraversa il corridoio, sbircia dalla porta socchiusa della camera dei genitori: c'è solo la mamma sul letto, raggomitolata che sta dormendo.

Giulio si avvicina, sente il suo respiro regolare, le tocca lievemente un braccio per svegliarla, ma poi non ha il coraggio: non può farlo, dopo ieri sera.

Accovacciato dietro il letto in camera sua, con le orecchie tappate e gli occhi chiusi, ha sentito

tutto: le urla, gli insulti, le parolacce del papà e poi tonfi sordi, la mamma che grida: «Smetti! Basta... Mi fai male» e poi un singhiozzare convulso che **NON SMETTE MAI!**

Lui lo capisce subito quando papà è cattivo: lo sente dal modo brusco con cui gira le chiavi per aprire la porta, entra, non parla, si mette a guardare la televisione e poi scoppia la rabbia. A volte ha pensato che potrebbe fermarlo, potrebbe andargli incontro, fargli una domanda o raccontargli della scuola, ma non l'ha fatto, non gli ha parlato, non è riuscito neanche questa volta.

Giulio è terrorizzato.

Rannicchiato in un angolo sente montare alla gola una morsa d'acciaio che lo stringe e lo fa rimanere lì immobile, congelato.

Ora che il pensiero è ritornato alla sera prima, ha voglia di uscire fuori, all'aria gelida del mattino, per respirare.

Sequenze principali

- ➡ Giulio appena sveglia si ricorda l'episodio della sera prima e si rattrista
- ➡ Giulio si alza e si prepara per andare a scuola, anche se nessuno l'ha chiamato
- ➡ Giulio si avvicina alla mamma che sta dormendo, non vuole svegliarla
- ➡ Giulio pensa a tutto quello che ha sentito la sera prima dalla sua camera
- ➡ Giulio pensa a tutte le volte che il padre rientra a casa arrabbiato e a cosa potrebbe fare per fermarlo

Obiettivi

- ➡ Conoscere e condividere i vissuti dei bambini vittime di violenza assistita
- ➡ Parlare delle emozioni di paura, senso di colpa e rabbia
- ➡ Sostenere la condivisione di ricordi dolorosi

Indicazioni operative

L'operatore utilizza le domande-stimolo per aiutare i bambini a individuare le emozioni di Giulio e poi quelle che avrebbero sperimentato loro stessi se si fossero trovati al posto del protagonista della storia. Se lo desiderano, e con l'aiuto dell'operatore, possono condividere le proprie esperienze personali o dire quali suggerimenti avrebbero dato a Giulio per sentirsi meno triste e solo. Le domande-stimolo possono essere utilizzate sia al termine della lettura sia durante la compilazione delle schede.

L'operatore propone le schede operative (schede 1a-1d) chiedendo ai bambini di preparare ciascuno il proprio zaino con gli strumenti, riprendendo la metafora del viaggio e dell'equipaggiamento necessario.

Nell'ultima parte delle attività, li aiuta a individuare modalità che promuovano un dialogo interno maggiormente positivo e comportamenti più adattivi.

Nell'approfondire questa prima parte della storia, è importante che l'operatore abbia ben presente il danno alla genitorialità materna all'interno della violenza familiare, ben espressa dall'immagine della madre raggomitolata nel letto, con Giulio vicino (si vedano gli spunti per il lavoro con le madri in fondo a questo capitolo).

I personaggi della storia

- Come si sente Giulio la mattina appena svegliato?
- Che cosa prova mentre ripensa a cosa è successo la sera prima? Quali sono secondo voi le emozioni che prova in quel momento?
- Perché, ripensando alla sera prima, «l'espressione del suo viso si rabbuia, lo sguardo diventa triste, smarrito, lontano»?
- Che cosa è successo la sera prima? Che cosa ricorda Giulio?
- Perché Giulio la sera prima era «accovacciato dietro il letto in camera sua, con le orecchie tappate e gli occhi chiusi»? Aveva paura?
- Aveva paura che potesse succedere qualcosa di brutto a lui o alla mamma? Perché suo padre era arrabbiato?
- Avrebbe potuto fare qualcosa Giulio? Se avesse potuto, che cosa avrebbe voluto fare?
- Come si sentiva secondo voi Giulio in quel momento? Quali pensieri aveva in testa?
- Perché nessuno ha svegliato Giulio?
- Che cosa pensa Giulio quando vede la mamma che sta ancora dormendo? Perché non vuole svegliare la mamma? Perché «non può farlo»?
- Che cosa avrebbe potuto fare Giulio?
- Come fa Giulio a capire quando suo padre arriva a casa arrabbiato? Perché se ne accorge subito?
- Che cosa vorrebbe dire a suo padre? Che cosa prova in quel momento?
- Perché Giulio ripensando a tutte queste cose «sente montare alla gola una morsa d'acciaio che lo stringe e lo fa rimanere lì immobile, congelato»? Che significa? Come si sente Giulio?

Le esperienze personali dei bambini

- Come vi sareste sentiti al posto di Giulio?
- Quali emozioni avreste provato la mattina appena sveglio?
- Che cosa avreste fatto?
- Se aveste potuto, che consiglio avreste dato a Giulio? Come lo avreste aiutato?
- Vi è mai capitato di sentirvi come Giulio? Vi ricordate che cosa era successo?
- Avete mai visto vostro padre fare male a vostra madre? Oppure altre volte vi siete accorti che era successo qualcosa di brutto alla mamma anche se non eravate lì?
- Che cosa avete fatto?
- Che cosa fate di solito quando succede qualcosa di brutto a casa?
- Quali emozioni provate? Quali pensieri avete nella testa? Dove sentite le emozioni nel vostro corpo? Che cosa sentite dentro di voi?
- Giulio la mattina appena alzato ricorda che cosa è successo la sera prima e subito si rattrista. Succede anche a voi di ricordare cose del passato? Ci sono anche ricordi brutti?
- Vi è mai capitato di sentirvi tristi o angosciati ripensando a un brutto episodio che vi era capitato?
- Avete provato a scacciare via i pensieri o a distrarvi? Ci siete riusciti?
- Che cosa potreste fare in questi casi?
- Avete mai sentito una morsa di acciaio in gola come Giulio?



➔ Si parte! Tra tutti gli strumenti che abbiamo, qual è il primo che ci aiuta a trovare la strada? Colora le emozioni che ha provato Giulio la mattina appena svegliato. Scrivi i suoi pensieri e il livello raggiunto sul termometro e disegna nella sagoma del corpo dove ha sentito l'emozione.

Diagram for emotional reflection and mapping. It includes a cloud for thoughts, a thermometer for emotion level, a circular chart for emotion types, and a human figure for mapping the emotion.

PENSIERI
NORD

PREOCCUPAZIONE
SOLITUDINE
TRISTEZZA
IMPOTENZA
COLPA
PAURA

OVEST
LIVELLO
DELL'EMOZIONE

EST
↓
COMPORTAMENTO

SUD
DOVE SENTO
L'EMOZIONE

Cloud with 5 horizontal lines for writing thoughts.

Thermometer with scale from 0 to 10.

Human figure outline for mapping the emotion.

Five horizontal lines for writing behavior.



➔ Siamo a buon punto! Riposiamoci un po' e tiriamo fuori la nostra borraccia, che ne dici?

Mettiti comodo, riposati e prendi la tua borraccia: leggi le tue risorse e scegli quelle che potrebbero servire a Giulio in questo momento. Poi scrivi dentro la borraccia.

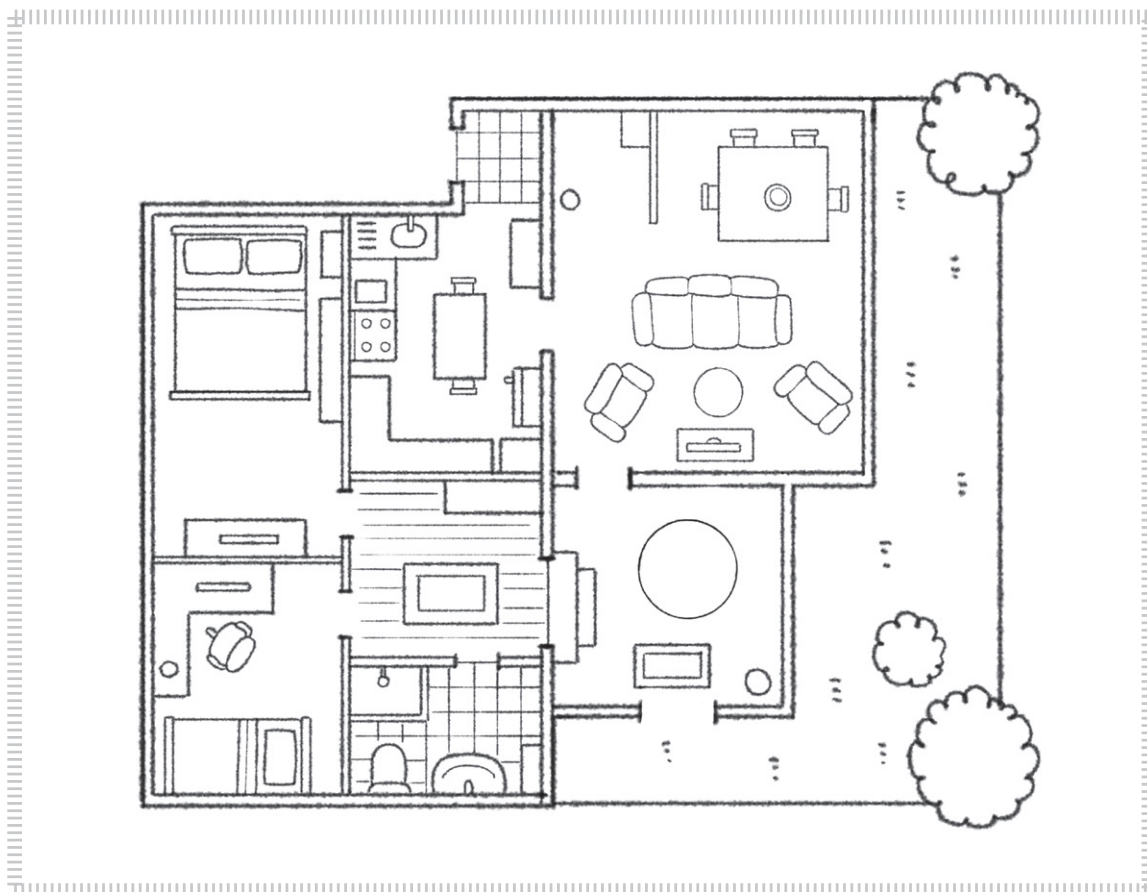


➔ Perché hai scelto queste risorse?



➔ Ora che ci siamo riposati, prendiamo la nostra mappa: guardiamo dove siamo, guardiamoci intorno!

Disegna sulla mappa della casa quali sono i luoghi dove Giulio può sentirsi al sicuro. Scegli tra quelli scritti sotto e se vuoi aggiungine altri.



- In camera con la mamma
- Nella sua cameretta
- Sul divano con la mamma
- Nel posto speciale in giardino
- Alla finestra
- Sul tappeto con i suoi giochi preferiti
- _____
- _____
- _____

La Stanza dei Delfini

Maria Grazia Anatra, Silvia Mammini
e Jacopo Bertacchi

 Erickson



Giulio si è appena svegliato. La luce del mattino rischiarava la sua camera e lo zaino nuovo lì sulla scrivania, pronto per la scuola.

All'improvviso il bambino ricorda quello che è successo la sera prima e l'espressione del suo viso si rabbuia, lo sguardo diventa triste, smarrito, lontano.

Nessuno è venuto a chiamarlo, ma lui sa bene che deve alzarsi alla svelta, andare in bagno, lavarsi, vestirsi.

Esce dal letto e con passo felpato attraversa il corridoio, sbircia dalla porta socchiusa della camera dei genitori: c'è solo la mamma sul letto, raggomitolata che sta dormendo.

Giulio si avvicina, sente il suo respiro regolare, le tocca lievemente un braccio per svegliarla, ma poi non ha il coraggio: non può farlo, dopo ieri sera.

Accovacciato dietro il letto in camera sua, con le orecchie tappate e gli occhi chiusi, ha sentito tutto: le urla, gli insulti, le parolacce del papà e poi tonfi sordi, la mamma che grida: «Smetti! Basta... Mi fai male» e poi un singhiozzare convulso che NON SMETTE MAI!





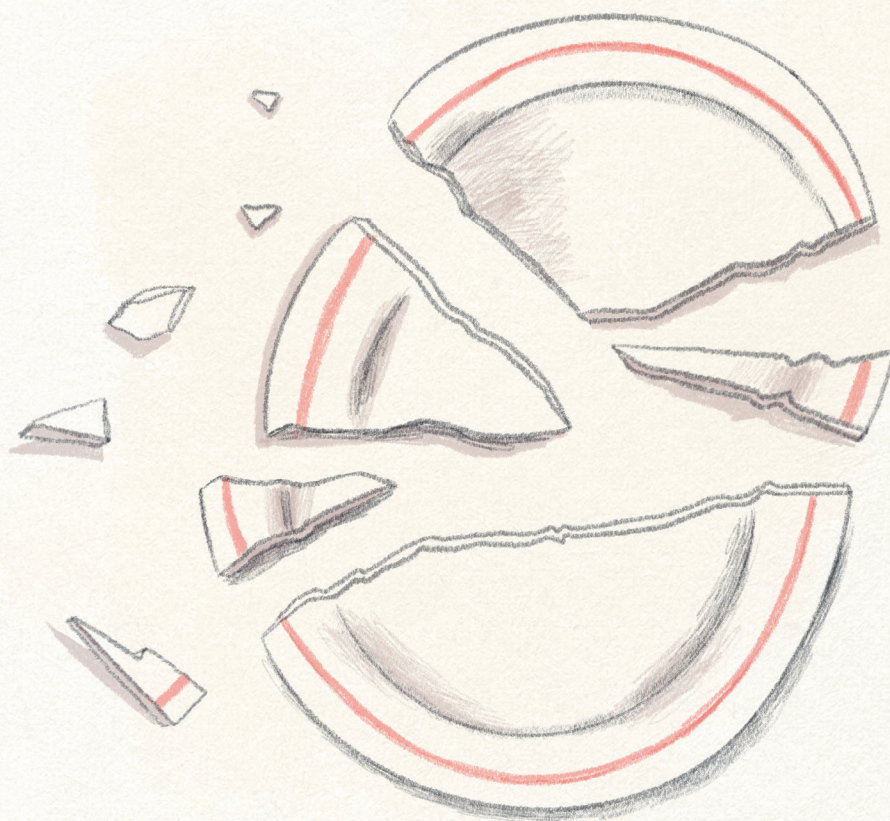
Lui lo capisce subito quando papà è cattivo: lo sente dal modo brusco con cui gira le chiavi per aprire la porta, entra, non parla, si mette a guardare la televisione e poi scoppia la rabbia.

A volte ha pensato che potrebbe fermarlo, potrebbe andargli incontro, fargli una domanda o raccontargli della scuola, ma non l'ha fatto, non gli ha parlato, non è riuscito neanche questa volta.

Giulio è terrorizzato.

Rannicchiato in un angolo sente montare alla gola una morsa d'acciaio che lo stringe e lo fa rimanere lì immobile, congelato.

Ora che il pensiero è ritornato alla sera prima, ha voglia di uscire fuori, all'aria gelida del mattino, per respirare.



Si avvicina alla finestra perché tra poco arriverà il pulmino della scuola.
Ecco: lo vede avvicinarsi e poi fermarsi davanti a casa sua.
Vede Angelo e Laura, i suoi compagni di classe, che ridono e
chiacchierano. Vorrebbe aprire la finestra e urlare qualcosa, vorrebbe...
ma il pulmino è ripartito senza di lui.



Con le dita appoggiate al telaio della finestra, il viso schiacciato sul vetro,
Giulio si sente chiudere il respiro e riempirsi di lacrime gli occhi.
Ora riesce a piangere, ora che nessuno lo può vedere e sentire.

