

# Impatto traumatico delle dinamiche di vittimizzazione: riflessioni sull'intervento nei casi di violenza domestica

SANTA TERESA BRUNO\*

I traumi legati alla violenza interpersonale hanno ricevuto un'attenzione oscillante e la storia degli studi in quest'ambito non è stata lineare. Nell'alternanza del vedere, non vedere, del credere, non credere sembra abbiano giocato un ruolo i meccanismi di difesa che spesso accomunano gli aggressori, le vittime e i testimoni. La negazione, la minimizzazione e la razionalizzazione hanno influenzato la possibilità di comprendere l'intenzionalità delle dinamiche violente e i complessi meccanismi traumatici attivati nelle vittime. In questo campo spesso le ricerche si sono focalizzate sul cercare una spiegazione delle azioni violente degli aggressori e dei loro effetti, nel carattere delle vittime stesse. Herman, 2005, p.156: «Nel caso di ostaggi e prigionieri di guerra, numerosi tentativi di ritrovare i supposti difetti della personalità che avrebbero predisposto i prigionieri al lavaggio del cervello, hanno ottenuto risultati di scarsa consistenza. La conclusione inevitabile è che uomini normali, psicologicamente sani, possono, di fatto, essere coartati attraverso metodi disumani... Anche per le situazioni di violenza domestica, in cui le vittime sono generalmente trattate con la persuasione e non con la prigionia, la ricerca si è focalizzata sui tratti della personalità che predisporrebbero una donna a rimanere coinvolta in una relazione abusiva... La tendenza a biasimare le vittime, ha interferito con la comprensione psicologica e la diagnosi della sindrome post traumatica poiché invece di inquadrare la sintomatologia della vittima come una risposta alla situazione di abuso, gli specialisti della salute mentale hanno più spesso attribuito tale situazione a una presunta psicopatologia latente della vittima». La responsabilizzazione delle vittime sembra legata al bisogno di mantenere una visione del mondo che ci restituisca una sensazione di efficacia e di controllo sulla nostra vita. Identificarci con la loro impotenza sembra più temibile che credere alle negazioni e giustificazioni degli aggressori. Abbiamo prova di questo, per quanto riguarda l'intervento nei casi di violenza domestica nell'applicazione dello strumento della mediazione o terapia familiare a casi eclatanti di violenza. Riporto a questo proposito una comunicazione di Paola Di Blasio: «Rischi più gravi sono quelli di non saper valutare la pericolosità e di confondere la dinamica violenta con quella conflittuale. È prevedibile che professionisti anche esperti ma non specialisti del settore canalizzino i propri interventi su solchi consolidati ed efficaci nelle situazioni conflittuali e suggeriscano protocolli di mediazione nell'errata convinzione che siano idonei a risolvere tali problemi o quantomeno propedeutici a interventi successivi più decisi. Occorre su questo punto ribadire con un'estrema chiarezza che interventi errati di questo tipo non hanno, come si suol dire, un effetto "omeopatico" del tipo "se non sono efficaci, non fanno neanche male". Hanno invece l'effetto devastante di diluire le responsabilità, di annullare le differenze tra vittima e persecutore, di confondere il livello delle intenzioni con quello delle azioni e, soprattutto, ottengono il risultato di rafforzare il persecutore, il partner violento e di rendere ancor più confusa e fragile la vittima facendola precipitare in un baratro in cui i significati delle azioni violente diventano per lei indecifrabili mentre la sua indecisione raggiunge livelli da paralisi».

Confondere le azioni con le intenzioni e spostare sul piano del conflitto e delle dinamiche intrapsichiche ciò che ha a che fare con condizioni portatrici di danno fisico e mentale può costituire un primo atto antiterapeutico nell'intervento con donne maltrattate e con i loro figli/e. Non si tiene conto così di elementi quali ad esempio la tortura calcolata e l'utilizzo, da parte del partner violento, del terrore e della disumanizzazione attraverso pratiche umilianti e dolorose (Bruno, 2005). Inoltre non è considerato l'impatto trasformativo della violenza sul senso d'identità delle vittime e sulla loro visione del mondo.

Rispetto alla comprensione della sofferenza post traumatica, scrive Seroni, 2001: «L'isolamento deliberato dei pazienti dall'universo di riferimento nel quale è apparso il disturbo è presente in tutto il pensiero psicologico e psicopatologico, anzi, è addirittura uno dei suoi impliciti presupposti. Ma le conseguenze dell'influenza e dell'intenzionalità volta a danneggiare non hanno a che fare con gli affetti prodotti in maniera intrapsichica; sono invece, incontestabilmente, prodotte da un'azione. La cura delle vittime di traumi indotti deliberatamente dall'uomo deve considerare l'interazione.

Quando si ha a che fare con l'intenzione di nuocere, non ci si può occupare solamente del paziente, ma è necessario considerare gli effetti dell'influenza». Sandra Filippini, nel suo libro *Relazioni Perverse*, dice: «Tra gli psicoanalisti Cohen (1992) ha parlato di perversione e specialmente di perversità, per riferirsi al maltrattamento (mis-use) di una persona da parte di un'altra. L'autore descrive le perversioni come forme di dipendenza patologica, come organizzazioni difensive stabili e molto resistenti al cambiamento: le persone che maltrattano gli altri allo scopo inconscio di esteriorizzare i propri conflitti tendono a diventare dipendenti dalle loro vittime... (questo può in parte spiegare i molti omicidi di donne da parte di partner "abbandonati"). Cohen dice che in queste relazioni l'altro viene "deumanizzato" e degradato a livello di oggetto parziale, ricettacolo dell'identificazione proiettiva del soggetto, della sua manipolazione onnipotente e del suo sfruttamento. Lo scopo di chi maltratta un altro è ottenerne il controllo negandone separata e autonomia» (S. Filippini, 2005).

Marcello Vignar definisce la tortura come "ogni comportamento intenzionale, qualunque siano i metodi utilizzati, che ha il fine di distruggere il credo e le convinzioni della vittima per privarla della struttura d'identità che la definisce come persona". Ascoltando i racconti delle donne sopravvissute a violenza domestica questo fine è evidente nelle dinamiche con cui la violenza è messa in atto. Pertanto per comprendere la sofferenza delle vittime, dovremo spostare la nostra attenzione sulle azioni degli aggressori.

## **Come si "costruisce" una vittima**

«Quando la vittima è libera di fuggire, non sarà violentata una seconda volta: il trauma ripetuto si verifica solamente quando la vittima è un prigioniero, impossibilitato a fuggire e tenuto sotto il controllo del persecutore. Tali condizioni ovviamente

esistono nelle prigioni, nei campi di concentramento e nei campi di lavoro forzato, ma possono esistere anche all'interno di organizzazioni religiose, nelle case chiuse e in altri ambienti di sfruttamento sessuale organizzato e infine nelle famiglie. La prigionia politica è generalmente riconosciuta, mentre la prigionia domestica di donne e bambini spesso non è neppure considerata ... Nella prigionia domestica, le barriere fisiche sono rare... non ci sono sbarre alle finestre e neppure recinti di filo spinato; donne e bambini di solito non sono incatenati, sebbene ciò capita più spesso di quanto si possa immaginare... La prigionia, che porta la vittima a un prolungato contatto con l'oppressore, crea una speciale forma di relazione, caratterizzata dal controllo coercitivo» (J. L. Herman, 1992).

Dai racconti delle donne maltrattate dal partner, emerge spesso un modello tipico di comportamento degli aggressori domestici. Nelle prime fasi della relazione questi uomini si mostrano molto innamorati, fanno sentire la donna "scelta" per alcune sue caratteristiche positive e uniche. È frequente la richiesta di un'accelerazione del coinvolgimento e della scelta di convivere o sposarsi. La relazione viene caratterizzata come speciale, unica e diversa da tutte le altre. L'uomo si mostra possessivo e spesso geloso. Ciò fa credere alla donna, rispetto a una serie di stereotipi culturali sull'amore, di aver trovato la persona giusta. Inizialmente, le richieste irragionevoli e le manovre d'isolamento sono attuate dall'aggressore con ricatti emotivi tesi a far sentire in colpa e inadeguata la partner se non si confà al suo volere. I comportamenti della donna vengono significati con modalità del tipo «se vuoi questo, vuol dire che non mi ami... Se non fai questo, non te ne importa nulla di noi... del nostro rapporto... non sei una buona moglie... i tuoi familiari... i tuoi amici... il tuo lavoro sono più importanti di me. Vuoi fare la stessa vita di prima, ma ora sei una donna sposata...». Sembra venire proposta/imposta una nuova identità, necessaria al buon andamento del rapporto, per acquisire la quale essa deve rinunciare ai suoi precedenti punti di riferimento, abitudini, preferenze, interessi. In questa fase la donna tende ad adattarsi, anche in ragione di un'aderenza a un modello sociale di subordinazione al partner maschile, legittimato a definire l'adeguatezza della partner femminile. Il processo d'influenza messo in atto dall'aggressore domestico è simile a quello tipico delle iniziazioni, dove il "prescelto" deve rinunciare, attraverso un processo di decondizionamento e ricondizionamento, a un'appartenenza a un mondo di relazioni e di significati acquisiti nel tempo, per entrare in un nuovo universo logico che gli permetterà di accedere a uno status e a un'identità speciali e significativi. Le richieste, il controllo e le limitazioni della libertà personale diventano nel tempo sempre più illogici e assillanti e non ammettono rifiuti, rispetto ai quali possono iniziare o aggravarsi le aggressioni fisiche. L'isolamento della donna dai suoi familiari, amici e dall'ambiente di lavoro, costruisce le sbarre invisibili di una prigione, dove vige l'universo logico di significato imposto dall'aggressore.

Nelle pratiche coercitive violente le parole sono pronunciate per minacciare, creare terrore nelle vittime, per dare loro l'impressione dell'onnipotenza dell'aggressore/i e creare un legame "perverso". Assumono consistenza e densità in quanto parole-atto. L'aggressore "materializza" le sue parole con azioni che le rafforzano e diventano tutt'uno con esse. «... Io ti conosco, più di quanto tu conosca te stessa. So sempre quello che pensi e quello che fai... se te ne vai, ti troverò ovunque e la pagherai... ricordi cosa ti è successo l'ultima volta?...». Oltre alle parole usate per minacciare, terrorizzare, umiliare esiste un'altra categoria di parole e frasi che hanno l'obiettivo di disorientare le vittime, di renderle perplesse. Sono le frasi fuori contesto, che mancano di senso nel quadro in cui sono pronunciate. Hanno un forte potere distrutturante soprattutto quando, durante un'azione violenta, l'aggressore manifesta, attraverso di esse, aspetti di bontà e considerazione. «...Mentre ero accecata dal sangue che mi colava dalla testa, dove mi aveva colpito più volte insultandomi, mi diceva – ti sei fatta male, mi dispiace, ora ti disinfetto, forse ti dovranno mettere dei punti. Ti porterò all'ospedale, non posso vederti così amore mio...» La donna che riferisce questo episodio dice: «In quel momento provavo quasi un senso di sollievo e pena per lui. Mi sentivo confusa, annichilita, quasi in colpa» Si fissano nuove regole, alcune delle quali contrarie a ogni logica. Si crea deliberatamente una rottura con gli universi di riferimento. Bettelheim (1947), riporta che una persona esposta a condizioni estreme si comporta in un modo che essa stessa non può approvare. Appare, in questa persona, un conformismo e un'adattabilità a circostanze che sono al di là di quanto possa prevedere o aspettarsi. L'ambiguità che ne deriva è caratterizzata dalla malleabilità, permeabilità e non conflittualità, uno stato di non definizione, confusione, disorientamento (Amati Sas, 1992). Ciò crea variazioni multiple e dissociate della propria immagine di sé e di sé con l'altro, che non possono essere integrate (Van der Hart, 2006).

«Mi chiedevo se cinquanta euro di multa per aver rotto un bicchiere, mentre lavavo i piatti, non fossero troppi? So che questo pensiero è assurdo, quando ne parlo con lei. Ma nella situazione era l'unico pensiero che avessi...».

Sono le parole di Anna, una signora che viveva una situazione di estrema coercizione, controllo e sfruttamento da parte del marito. L'uomo la multava con importi differenziati, per presunti errori e inadempienze oltre che insultarla e picchiarla.

L'universo di significati costruito dall'aggressore, attraverso i processi traumatici attivamente indotti con il controllo e lo stato di terrore continuo, sembra diventare l'unico possibile per la donna. Le pratiche violente, attraverso l'effrazione e l'influenza, costruiscono un universo logico che attacca la capacità di pensare in proprio della vittima (Bruno, 2007). Questa capacità di pensiero proprio va riattivata nel contatto di cura, che deve ricercare e portare alla luce l'azione contaminante della dinamica violenta. Pertanto, nella prima fase dell'intervento, è importante entrare con la donna nell'universo traumatico, portando alla luce la logica dell'influenza che ha modificato il corso del suo pensiero e, soprattutto, il modo di pensare se stessa. Concentrarsi in questa fase sulle disfunzioni della vittima, per "guarirla-modificarla", ricalca la pratica messa in atto dall'aggressore. Fare ciò significherebbe, in questa fase, dar credito al pensiero che è stata maltrattata per come intrinsecamente essa è. «In altre parole, interessarsi alla natura del paziente vorrebbe dire inserirsi nella logica manipolatrice dei torturatori» (Sironi, 2001) negando la loro influenza distruttiva e "amalgamante".

Siamo di fronte a persone imprigionate in un processo confusivo e devitalizzante, "modificate" nella forma in cui sono state pensate dall'altro violento. L'azione di chi cura dovrà in primo luogo contrastare la "logica violenta" portando alla luce i fatti e delegittimando le giustificazioni che, a volte, la donna stessa porta, in una sorta di protezione dell'aggressore visto anche come fragile e bisognoso. La prima risposta di cura consiste dunque nell'assumere una chiara posizione rispetto al fatto che niente può giustificare la violenza. Questa posizione fa sì che l'operatore intervenga come attivatore di un processo di "controinfluenza" rispetto alla tendenza della donna a sopportarla. La paziente inizialmente entrerà e uscirà dall'universo logico violento oscillando fra due dimensioni di pensiero, una in cui progetta scelte alternative alla relazione violenta, l'altra in cui sembra minimizzare, negare o giustificare la violenza stessa. Spesso, erroneamente, questo oscillare è visto solo come ambivalenza e collusività da parte della donna, e non come il difficile tentativo di sfidare la logica traumatica assimilata. In questa logica, le vittime vengono "invase", isolate dai loro punti di riferimento affettivi e sociali, forzate all'accettazione della visione del mondo dell'aggressore e costrette al silenzio dalla vergogna. Per capire la dinamica traumatica della violenza cronica, ci può essere di aiuto vedere il mondo interno della vittima come un territorio colonizzato, dove la forzata dipendenza dall'universo di riferimento

dell'aggressore è distruttiva dei riferimenti identitari della donna (Bruno, 2007). Quanto detto sopra può aiutarci a individuare le dinamiche attraverso le quali una vittima diventa tale e, di conseguenza, comprendere le sue difficoltà e incertezze che si manifestano soprattutto con un senso generalizzato d'impotenza, inadeguatezza e dipendenza dall'aggressore. Le persone in condizioni di coercizione, attraverso la dissociazione, la minimizzazione, la negazione e la razionalizzazione spesso imparano a modificare una realtà insopportabile sviluppando un pensiero doppio che condivide simultaneamente opinioni palesemente contraddittorie (Herman, 1992). Nello stesso tempo possono essere in contatto in modo alternato con percezioni di sé e della realtà più autentiche che producono sentimenti insostenibili d'impotenza, disperazione e senso di fallimento. Questi sentimenti spesso bloccano qualsiasi pensiero progettuale.

Gli operatori, nel contatto con vittime di violenza cronica, possono percepire un'aderenza e un'ambiguità rispetto all'aggressore e, di conseguenza, reagire con rabbia volendo definire, diagnosticare in modo conclusivo, per il bisogno di sottrarsi al caos dell'indifferenziazione e all'impotenza (Bruno, 2005). Si può creare così una dinamica ritraumatizzante che conferma la diffidenza della donna e la sua difficoltà di fidarsi.

### **La violenza trasforma**

Possiamo affermare che il subire violenza da un altro essere umano, soprattutto nelle relazioni di fiducia e in modo cronico, ha un forte potenziale traumatico che mina e disorganizza l'assetto globale della vittima ampliando le sue preesistenti fragilità sia sul piano biologico sia sul piano psicologico (Bruno, 2005).

Se di fronte a un evento traumatico acuto, unico la persona vive l'esperienza come un corpo estraneo da eliminare e allontanare da sé, nelle situazioni di trauma cronico predicibile ma non evitabile (violenze familiari, torture) i meccanismi di adattamento messi in atto producono nelle vittime maggiori e più complessi cambiamenti a livello di funzionamento biologico e psicosociale. Un costrutto utile alla comprensione di questo potenziale è il concetto di "adattamenti post traumatici" piuttosto che il PTSD. Van der Kolk parla di uno "spettro di problemi trauma-correlati" che sono in funzione: della fase evolutiva in cui avviene o inizia il trauma, delle caratteristiche psicobiologiche del soggetto, della relazione con gli agenti responsabili del trauma, della durata dell'esperienza/e traumatiche e della disponibilità o meno di sostegno sociale. Soprattutto quando le violenze sono reiterate nel tempo e agite da figure significative, si verificano alcune alterazioni sul piano psichico come risvolto della disregolazione neurobiologica (Van der Kolk, 1996; Herman, 1992) che la traumatizzazione, soprattutto se cronica, ha provocato.

Le alterazioni nella regolazione emotiva e degli impulsi (regolazione affettiva, modulazione della rabbia, auto distruttività, pensieri suicidari, difficoltà a modulare la risposta sessuale, mettersi in situazioni rischiose, autolesionismo), creano difficoltà a gestire le emozioni e interferiscono con la capacità di affrontare i problemi e i conflitti di tutti i giorni. Inoltre rendono difficile al soggetto regolare l'intensità del coinvolgimento emotivo che spesso viene evitato limitando così la possibilità di costruire un "archivio personale di esperienze appaganti e gratificanti" (Van der Kolk, 1996). Questo stato di cose influenza negativamente la qualità della vita, impedendo di superare il trauma e aumentando il rischio di future vittimizazioni o di vittimizzare gli altri. Anche le competenze genitoriali possono essere fortemente influenzate o compromesse.

Può essere presente un eccesso di dipendenza nelle relazioni o dipendenza da sostanze o comportamenti sessuali compulsivi e/o rischiosi. I tentativi di suicidio, l'autolesionismo e in particolare le automutilazioni sembrano essere tentativi attivi di mettere a tacere il riemergere dei ricordi traumatici e degli stati emotivi collegati o di regolare l'equilibrio psicobiologico e biologico, quando non sono attivabili le consuete modalità di autoregolazione danneggiate dal trauma.

Le alterazioni nella percezione di sé e del/i persecutore/i si manifestano con senso d'inefficacia e di essere danneggiati irrimediabilmente. Sono presenti sentimenti di colpa e vergogna e la convinzione di non poter essere capiti. Nel trauma interpersonale l'attacco malevolo al corpo e alla sua rappresentazione viene giustificato dagli aggressori spostando la colpa dei loro atti sulle vittime, disumanizzandole e riducendole a corpi da colonizzare, usare, violare, annientare (Gutman, 2007). Chi subisce la violenza si percepisce impotente, privo/a di senso e di valore e spesso se ne assume la responsabilità e la colpa. È usuale per le vittime vedersi attraverso lo sguardo dell'aggressore e attraverso il significato che l'aggressore dà a ciò che sta accadendo. Ciò include un'attribuzione irrealistica di potere totale al persecutore e/o un'idealizzazione dello stesso e/o il senso di avere con lui una relazione speciale o soprannaturale. Durante le violenze-privazioni le vittime possono sentire il loro corpo come "corpo che tradisce" (reazioni legate al terrore, risposta sessuale automatica), rispetto a una rappresentazione del sé. Per esempio, nelle vittime di violenza sessuale sia minori sia adulte, il corpo viene poi vissuto come sporco, complice dell'aggressore "se non ho reagito, vuol dire che lo volevo anch'io", da punire. Il senso di essere danneggiati irrimediabilmente di essere "mostruosi", di aver scoperto parti maligne e incontrollabili di sé fa vivere in uno stato di sfiducia in sé e negli altri, colpa e senso di essere diversi dai propri simili, isolati, incomprensibili. Tutto ciò porta nella quotidianità a un ritiro sociale e spesso a difficoltà in campo lavorativo e nei rapporti affettivi.

Alterazioni nell'attenzione e nella coscienza si manifestano con amnesia, episodi transitori di dissociazione e depersonalizzazione. Il senso di controllo, di continuità del sé e di connessione con gli altri viene attaccato in modo massiccio, impedendo al soggetto una partecipazione al mondo esterno, spesso vissuto come indistinto e nebuloso.

Le alterazioni negli schemi cognitivi di significato possono portare a un diffuso senso di disperazione e impotenza, perdita (o non strutturazione) di costrutti positivi riguardo se stessi e il mondo, percezione di non avere futuro. Questa visione di se stessi e del mondo ha un impatto generale profondo sulla qualità della vita in quanto fornisce una griglia di lettura delle relazioni e degli eventi priva di speranza e progettualità futura. Le persone si vivono incapaci di poter modificare a loro favore le situazioni di vita e mancano di capacità assertive. Nello stesso tempo possono essere incapaci di assumersi responsabilità nei confronti di altri esseri umani (genitorialità) e avere un atteggiamento passivo che può aumentare la vulnerabilità a essere rivittimizzati dagli altri.

Le alterazioni che riguardano la sfera delle relazioni si manifestano con l'incapacità di fidarsi, rivittimizazioni, o vittimizzare gli altri, isolamento e ritiro sociale. Nel trauma interpersonale viene lesa profondamente la possibilità di fidarsi degli altri e le esperienze subite tendono a fungere da filtro che agisce sulla percezione delle relazioni interpersonali. Questo filtro o modello operativo interno *vittima – persecutore – salvatore* è soprattutto presente laddove il trauma interpersonale è cronico, causato da un caregiver o da qualcuno con cui esiste un rapporto affettivo. Un *moi* di questo tipo impedisce la costruzione di un rapporto funzionale con la realtà (Bruno, 2005) in quanto le relazioni possono essere vissute solo in questi tre ruoli anche alternati nella stessa persona. Un esempio sono le violenze domestiche, dove la vittima percepisce, in una ciclica alternanza, se stessa anche come salvatrice e persecutrice e l'aggressore anche come vittima e salvatore. Questo modello operativo rafforza il legame traumatico e spesso impedisce alle vittime la messa in atto di comportamenti protettivi verso se stesse e i figli (Dutton, 1981).

Le alterazioni che riguardano il piano somatico comprendono disturbi gastrointestinali, neurologici, cardiopolmonari, sessuali e riproduttivi, sindromi dolorose (addominali, muscolari, articolari ecc.), disturbi del sonno, iperventilazione, fatica, fibromialgia, disturbi vaginali, disturbi dermatologici ecc. Esistono correlazioni fra disturbo fisico e tipo di trauma (es: disturbi vaginali in vittime di abuso sessuale). Sugli effetti fisici influiscono anche i comportamenti a rischio, quali abuso di alcol, di sigarette, di droghe, trascuratezza per la salute e disordini alimentari. Sono state rilevate correlazioni tra dissociazione e sviluppo di disturbi fisici (Steinberg, M., Schnall, M., 2006). La somatizzazione riflette anche un disturbo nella percezione e nell'organizzazione del sé ovvero un deficit nella capacità d'integrazione degli affetti (Giannantonio, 2003).

Stanno emergendo dalle ricerche dati sugli effetti del trauma sul sistema immunitario che possono aiutarci nella comprensione e nella cura della somatizzazione. Esistono complesse interconnessioni tra il cervello e il sistema immunitario, che vengono mediate dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che è disregolato negli adattamenti post traumatici e nel PTSD (Van der kolk 1996).

### **Esperienze di vittimizzazione e senso d'identità**

Le esperienze traumatiche legate alla violenza rappresentano un attacco nei confronti dell'integrità psicofisica e una frattura nel senso di coerenza e di continuità del sé, possono pertanto esitare anche in rilevanti alterazioni dell'identità. Le violenze interpersonali soprattutto nelle forme di abuso sessuale, maltrattamenti, gravi privazioni, stupro e tortura, per la loro pervasività e per essere la conseguenza dell'azione volontaria di un altro essere umano, portano spesso la vittima a "definirsi" quasi esclusivamente in base all'esperienza traumatica (Bruno, 2005). Scrive Sironi: «... All'origine dell'effrazione psichica e della conseguente devitalizzazione della vittima vi sono due elementi: l'identificazione inconsapevole con la teoria del persecutore (vedersi attraverso il suo sguardo) e la non comprensione conscia di quest'ultima».

Spesso, ciò che le vittime sono costrette a vedere e a fare per "sopravvivere", (soprattutto nella tortura e nella violenza cronica a donne, bambini e bambine) le estranea da un'immagine di sé familiare interrompendo e spesso distruggendo un senso d'identità costruito nel tempo e attraverso le relazioni o impedendone lo sviluppo (Filippini, 2005). Si sviluppa di conseguenza un senso d'identità basato su percezioni di sé come sporco, impotente, colpevole, disumano, non amabile, fuori controllo; su percezioni degli altri come pericolosi, inaffidabili, imprevedibili e del mondo come ingiusto, caotico, ingestibile (Bruno, 2005). Le aree del senso d'identità che vengono "attaccate" riguardano il sentirsi al sicuro, la fiducia in se stessi e negli altri, il sentirsi capaci di far fronte alle situazioni, la stima di sé, l'intimità. Ne deriva nel tempo, per queste persone, una bassa qualità di vita caratterizzata soprattutto dal ritiro-evitamento sociale e da sintomi fobici.

L'interazione fra senso d'identità e trauma ha le caratteristiche di un processo circolare.

La struttura dell'identità e i tratti di personalità a essa correlati influenzano il tipo di valutazione cognitivo emotiva dell'evento traumatico e le risposte a esso. Il trauma, con le emozioni, le cognizioni e le reazioni che attiva, può modificare profondamente alcune caratteristiche della persona, attraverso la disorganizzazione e la distruzione dei costrutti e sentimenti che ne stanno alla base. L'incapacità di regolare i propri stati interni e le risposte comportamentali allo stress esterno comportano problemi nella definizione di se stessi. L'evitamento degli stimoli che riattivano il trauma porta, per fare un esempio, a reazioni stabili nel tempo quali il senso d'impotenza, la sospettosità e la sfiducia, la rabbia e i problemi interpersonali. Alcuni autori ritengono che la patologia del sé sia uno degli effetti più gravi del Trauma Interpersonale, si parla di disgregazione del sé o dissociazione strutturale (Van der Hart, 2006). Pertanto l'oggetto del trattamento è l'integrazione del sé, e quindi il ripristino del senso di coerenza del Sé (McCann, Pearlman, 1990).

### **Il processo di differenziazione dall'aggressore**

All'interno del funzionamento traumatico, non esiste per il soggetto una visione del futuro, né la percezione di poter fare azioni che modifichino la propria realtà attuale, ciò che Walker (1979), rifacendosi a Seligman, chiama impotenza appresa. L'universo traumatico ha una fissità ripetitiva che impedisce di integrare una visione autonoma di sé nel tempo.

Nel rapporto di cura con donne in situazioni di violenza domestica, il fare riferimento all'aggressore, suscitando commenti e pensieri da parte della paziente, ha lo scopo di stimolare una sua differenziazione: si costruiscono confini attraverso l'imparare a discriminare fra diversi spazi logici. Si cerca di creare, nella relazione terapeutica, nuovi strumenti di pensiero per "stare sulla scena del crimine", desensibilizzando progressivamente la paziente al trauma. Il materiale che sarà prodotto, durante le sedute, anche quello relativo alla sua vita quotidiana, sarà utilizzato e analizzato con un unico scopo: trasformare un processo difensivo inefficace in un comportamento adeguato, ossia in una strategia di espulsione dello sguardo e dell'influenza distruttiva e "amalgamante" dell'altro, per recuperare un pensiero proprio e una visione realistica di sé. Tornare sulla "scena del crimine", e quindi affrontare la realtà della violenza, avrà anche un significato rispetto alla rilevazione dei livelli di rischio e di letalità (esistono a questo riguardo strumenti specifici, per es. Hudson W. & McIntosh S., 1981 o il S.A.R.A, 2004), per pensare e preparare con la donna un piano di emergenza e stimolare in lei azioni autoprotettive e protettive verso gli eventuali figli. È molto importante rendere terapeutico il piano del fare attraverso il riflettere, pensare, decidere e sostenere ciò che si fa (Bruno, 2005). La ricerca di una saldatura fra il piano esterno della realtà (dei fatti) con la percezione e il vissuto interno connesso a un pensiero proprio, ci porta ad addentrarci gradualmente in assetti e strutture più profonde e a trattarli terapeutamente. Sarà la donna stessa, a questo punto, ad affrontare piani interni e aspetti della sua storia personale evolutiva. Spesso, insieme, arriviamo a comprendere cosa ha attratto l'aggressore e l'ha portato a "sceglierla" e "iniziare" alla violenza. Emergono allora nuove possibilità di ripercorrere la sua storia attraverso un discorso su se stessa e sulle sue vulnerabilità.

Il trauma legato alla violenza interpersonale attacca i costrutti attraverso i quali ci mettiamo in relazione con noi stessi, gli altri e il mondo (Pearlman, Saakvitne, 1995). Crea sofferenza, confusione e ambiguità non solo in chi la subisce ma anche nel tessuto sociale e in chi cerca di prestare aiuto, per i sentimenti di annichilente impotenza e orrore con cui mette in contatto. Attacca la capacità di pensare in chi lo subisce direttamente e nei "testimoni". Prestare aiuto presuppone cercare di mantenersi funzionanti a livello psichico, nonostante queste difficoltà, e assicurare un "buon legame" capace di rimettere ordine per poter "pensare insieme" e riparare parte di ciò che è stato distrutto. Nei confronti della violenza domestica, anche chi presta aiuto, rischia di entrare nella dinamica del legame traumatico, vittima-persecutore-salvatore.

Questo rischio va continuamente monitorato attraverso il confronto con i colleghi e la supervisione (Bruno 2005).

### **Esperienze di vittimizzazione e invecchiamento**

In termini di qualità della vita, soprattutto nella fase dell'invecchiamento, Aarts e den Velde riportano il fatto che, chi è sopravvissuto a un trauma corre il rischio, durante la senescenza, di subire un peggioramento o l'insorgenza improvvisa della sintomatologia post traumatica, anche dopo decenni di coping adeguato. «I sopravvissuti a un trauma non devono elaborare soltanto le perdite che caratterizzano l'età avanzata, ma anche le molte perdite legate alla traumatizzazione... Inoltre il trauma può aver danneggiato la

capacità della persona di elaborare il lutto... Un prerequisito necessario per adattarsi in maniera adeguata all'invecchiamento è accettare la propria condizione e le proprie esperienze, tanto per il passato che nel presente... un compito è quello di riuscire a preservare o a stabilire un senso di continuità del sé. Si tratta di un compito arduo per chi ha subito un trauma, dato che le sue esperienze traumatiche possono aver provocato una frattura profonda nella percezione del Sé e nel senso di continuità. In simili circostanze, l'integrità dell'io, come obiettivo ultimo della formazione dell'identità, può essere raggiunta solo a costo di terribili sforzi emotivi e cognitivi... pertanto un trauma pregresso costituisce un rischio evolutivo durante l'invecchiamento» (Van der Kolk, 1996). Diventa importante per i professionisti interpretare correttamente i sintomi post traumatici negli anziani quali: depressione, ansia, ricordi forzati, affaticamento cronico, disturbi del sonno, che possono essere visti come parte integrante del processo degenerativo dell'invecchiamento, togliendo al paziente con traumi pregressi la dovuta comprensione e cure adeguate.

### **Trasmissione intergenerazionale**

Un aspetto comune alle violenze e ai traumi di guerra e a quelli in pace è la trasmissione intergenerazionale del disagio, attraverso i legami di attaccamento, quando non è resa possibile un'elaborazione collettiva e individuale (De Zoluea, 1999; Dutton, 1997 - 1998 - 2000). Il comportamento di genitori con traumi irrisolti o in situazioni traumatiche (per esempio madri vittime di violenza domestica) può avere caratteristiche d'incoerenza, imprevedibilità legata a momenti dissociativi e cambiamenti repentini di umore. Soggetti con traumi irrisolti presentano discontinuità negli stati di coscienza, hanno difficoltà come detto sopra nella gestione della rabbia e degli stati emotivi negativi. Sono genitori che oscillano fra l'essere spaventati e spaventanti, in risposta a sollecitazioni interne relative ai loro traumi e non in risposta a comportamenti del bambino. La difficoltà di sintonizzazione insieme alle reazioni dissociative e depresse del genitore disorganizzano la possibilità nel bambino di una lettura coerente dei segnali interni ed esterni in relazione ai suoi bisogni. Le caratteristiche disorganizzanti (traumatizzanti) delle interazioni tra genitori traumatizzati e bambini consistono soprattutto nell'imprevedibilità e incoerenza delle risposte del genitore. «Il bambino presenterà confusione e paura, difficoltà nella regolazione del flusso degli stati mentali e delle emozioni, tendenza alla dissociazione, disturbi dell'attenzione, aggressività, disturbi cognitivi e dell'adattamento... l'attaccamento disorganizzato viene correlato a sua volta, oltre che a difficoltà di gestione dello stress e tendenza alla dissociazione, a maggiore possibilità di sviluppare PTSD e a elevato rischio di condotte esternalizzate e di patologie relazionali nella vita adulta... è un fattore di rischio per la patologia borderline» (Luberti, 2006).

\* Psicologa.

### **BIBLIOGRAFIA**

- Amati Sas S. (1992), *Ambiguity as a route to shame*, *Int. J. Psychoanal.* 73, 2, 329-342.
- Bettelheim B. (1947), *Il cuore vigile*, Adelphi, Milano 1988.
- Bruno S.T. (1998), *Maltrattamento e violenza alle donne: dinamica ed effetti a breve e lungo termine*. In *Il Seme e l'Albero*, 2-3, 16-25, Fondazione A. Devoto. Firenze.
- Bruno S.T. (2000), *Compresenza di violenza intrafamiliare sulle donne e uso di alcol: importanza di una precisa rilevazione per la programmazione di interventi efficaci*. In *L'alcol nell'universo femminile*, Nicola Editore, Napoli.
- Bruno S.T.,a, (2002), *Percorsi di uscita dalla violenza*. In *Trattato Completo degli Abusi e delle Dipendenze*, a cura di Nizzola U., Pissacroia M., Piccin, Padova.
- Bruno S.T.,b, (2002), *Maltrattamento e violenza sessuale sulle donne all'interno della famiglia*. In *L'approccio clinico al maltrattamento e alla violenza sessuale*, a cura di Metella Dei, 2002, Università degli Studi di Firenze e Regione Toscana.
- Bruno S.T.,a, (2005), *Le emozioni delle operatrici e degli operatori nel lavoro con donne vittime di violenza*. In *Prospettive Sociali e Sanitarie*, anno xxv, n° 2, 1.2.2005, Istituto per la Ricerca Sociale, Milano.
- Bruno S.T., Braccini M.,b, (2005), "Interventi clinici con le madri maltrattate. Il danno alla genitorialità: un caso". In *La violenza assistita intrafamiliare*, a cura di Luberti R. e Pedrocchio Biancardi M.T., Franco Angeli, Milano.
- Bruno S.T., (2007), *Case di Accoglienza: una risposta per le donne e una risorsa per i servizi territoriali*, In - *Violenza Contro le donne Compiti e Obblighi del Ginecologo* - a cura di V.Dubini, A.Citernesesi, M.Dei, A.Kusterman -Editteam, Cento (Fe).
- Bruno S.T., (2007), *Violenza e legame: una sfida terapeutica*, In - *Trasformazioni* - rivista della Società di Psicoanalisi Interpersonale e Gruppo Analisi, n°4 - Dicembre 2007.
- De Zoluea F., (1999), *Dal Dolore alla Violenza*, Raffaello Cortina, Milano.
- Dutton D.G., (2000), *Witnessing parental violence as a traumatic event shaping the abusive personality*. In R.A. Geffner, P.Jaffe & M. Suderman (eds.) *Children Exposed to Domestic Violence*. Haworth Press, New York.
- Dutton D.G., (1998), *The abusive personality*, The Guilford Press, New York London.
- Dutton D. G., & Holtzworth-Munroe A., (1997), *The role of early trauma in males who assault their wives*. In D. Cicchetti & S. L. Toth (eds.) *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*. University of Rochester Press.
- Dutton D. G., & Painter S.L., (1981), *Traumatic bonding: the development of emotional attachment in battered women and other relationship of intermittent abus*, *Victimology*, 6, pp. 139-155
- Giannantonio M., (2003), a cura di, *Psicotraumatologia e psicologia dell'Emergenza*. Ecomind, Salerno. Filippini S., (2005), *Relazioni Perverse: la violenza psicologica nella coppia*. Angeli, Milano.
- Fonagy P. et al., (2005), *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Cortina, Milano.
- Gleason W.J., (1993), "Mental disorders in battered women: an empirical study". *Violence and victims* 8, pp. 29-40.
- Gondolf E. W., (1998), *Assessing Woman Battering in Mental Health Services*, Sage Publications, Thousand Oaks California.
- Graham D., Rawlings E.R., (1987), *Survivor of terror: battered women, hostages, and the Stockholm Syndrome*. In Yllo K, Bograd M (eds.) *Feminist perspectives on wife abuse*, Sage, Newbury Park, California.
- Gutman R., Rieff D., (2007), *Crimes of war*. Norton, New York.
- Herman J. (1992), *Guarire dal trauma*, Magi, Roma 2005.
- Hudnall Stamm B., (1995). *Secondary Traumatic Stress*. The Sidran Press, Lutherville.
- Hudson W. & McIntosh S., (1981), *The Assessment of Spouse Abuse: two quantifiable dimensions*. In *Journal of Marriage and the Family*; 43, pp. 873-884.
- Kemp A., Rawlings E.L., & Green B.L., (1991), *Post-traumatic Stress Disorder in Women: Diagnosis and Treatment of Battered Woman Syndrome in Psychotherapy*, 28, pp. 21-34.
- Webster C.D. & Eaves D. (2003) *S.A.R.A. Spousal Assault Risk Assessment*. British Columbia Institute Against Family Violence, Vancouver.
- Versione italiana (2004) a cura di Baldry A.C., D'Ambrosio A., *Manuale per la valutazione del rischio di recidiva nei casi di violenza domestica*.
- Luberti R., (2006), *Caratteristiche degli effetti a lungo termine della violenza subita in età minore*, in *Vite in Bilico*, Bianchi D. e Moretti E., a cura di, pp. 73-126.
- Pearlman L. A. & Saakvitne K. W., (1995), *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*, Atheneum, New York.

- Schore A.N., (2003), *Affect dysregulation and disorders of the self*, Norton & Company, New York.
- Sironi F., (2001), *Persecutori e vittime*, Feltrinelli, Milano.
- Steinberg, M., Schnall, M., (2006), *La dissociazione*, Raffaello Cortina, Milano.
- Van der Hart O. et al., (2006), *The haunted Self*, Norton & Company, New York.
- Van der Kolk B., et al., (1996), *Traumatic Stress*, Guilford Press, New York.
- Walker L., (1979), *The Battered Woman*, Harper & Row, New York.
- Walker L., (1996), *Abused Women and Survivor Therapy*, American Psychological Association, Washington DC.
- Walker L., (2000), *The Battered Woman Syndrome*, Springer Publishing Company, New York.