



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

CRESCERE NELLA VIOLENZA: SINTOMI INTERNALIZZANTI ED
ESTERNALIZZANTI NEI FIGLI ESPOSTI AL CONFLITTO GENITORIALE
E IL RUOLO DEL CO-PARENTING

RELATRICE:

PROF. SSA FRANCESCA LOCATI

CORRELATRICE:

PROF. SSA MARIA ASSUNTA ZANETTI

Tesi di Laurea di
MARGHERITA GALLINA
542403

Anno Accademico 2024/2025

INDICE

ABSTRACT (ITA)

ABSTRACT (ING)

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1: CRESCERE NELLA VIOLENZA: SINTOMI
INTERNALIZZANTI ED ESTERNALIZZANTI NEI FIGLI ESPOSTI AL
CONFLITTO GENITORIALE E IL RUOLO DEL CO-PARENTING.

1.1.1. Il comportamento aggressivo

1.1.2. La Conflict Tactics Scale e violenza domestica

1.1.3. La violenza assistita intrafamiliare

1.2.1. Problematiche internalizzanti, esternalizzanti e comportamenti prosociali
nell'infanzia e adolescenza

1.2.2. L'impatto che ha l'esposizione alla violenza intrafamiliare sui figli

1.2.3. I modelli relazionali violenti

1.2.4. I trattamenti per i bambini/adolescenti vittima di violenza assistita

1.3.1 Il co-parenting: nascita del modello di Feinberg e la Coparenting
Relationships Scale (CRS)

1.3.2. La relazione genitore-bambino

CAPITOLO 2: RICERCA

- 2.1. Obiettivi e ipotesi
- 2.2. Partecipanti e procedure
- 2.3. Strumenti
- 2.4. Analisi dei dati
- 2.5. Risultati

CAPITOLO 3: DISCUSSIONE

- 3.1. Discussione dei risultati
- 3.2. Limiti e punti di forza
- 3.3. Direzioni future
- 3.4. Ricadute teorico-cliniche

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ABSTRACT (ITA)

Il presente progetto di ricerca ha indagato l'impatto dell'esposizione dei figli alla violenza fisica tra i partner (IPV: Intimate Partner Violence) sul loro funzionamento in termini emotivo-comportamentali ossia la comparsa di eventuali sintomi internalizzanti/esternalizzanti ed infine il ruolo della qualità del co-parenting come ipotetica variabile moderatrice. Il campione ha coinvolto padri e madri con figli di età compresa tra 2 e 18 anni ma dato il focus sull'IPV sono stati scartati i dati dei padri. Al fine di valutare l'IPV, il co-parenting e le problematiche internalizzanti ed esternalizzanti nei minori, sono stati utilizzati dei questionari self-report. In primis, le analisi descrittive hanno evidenziato, nel campione, livelli mediamente bassi di IPV e di sintomi psicologici nei figli, e livelli generalmente buoni di co-parenting. Le correlazioni di Pearson hanno mostrato un'associazione negativa significativa tra IPV e co-parenting, indicando che a maggiori livelli di violenza corrisponde un peggior funzionamento della cooperazione genitoriale. Inoltre, un co-parenting di qualità è risultato associato a minori sintomi internalizzanti nei figli. Sono stati testati poi due modelli di mediazione tramite GLM Mediation Model: nel primo modello è emerso un effetto indiretto significativo dell'IPV sui sintomi internalizzanti attraverso il co-parenting, suggerendo una mediazione completa: l'esposizione alla violenza influenza i problemi emotivi dei figli principalmente tramite il deterioramento della relazione co-genitoriale; nel secondo modello, relativo ai sintomi esternalizzanti, non sono emersi effetti significativi. I risultati evidenziano il ruolo cruciale del co-parenting come fattore di protezione nei contesti di IPV e sottolineano l'importanza di interventi clinici e preventivi mirati a sostenere la cooperazione genitoriale per ridurre l'impatto psicologico sui minori.

Parole chiave: co-parenting, intimate partner violence, problematiche internalizzanti, problematiche esternalizzanti, CRS (Co-parenting Relationship Scale), CTS2 (Conflicts tactics Scale revised), SDQ (Strengths and Difficulties questionnaire).

ABSTRACT (ING)

This research project investigated the impact of children's exposure to intimate partner violence (IPV) on their emotional and behavioral functioning, specifically the appearance of any internalizing/externalizing symptoms and, finally, the role of co-parenting quality as a hypothetical moderating variable. The sample included fathers and mothers with children aged between 2 and 18 years, but due to the focus on IPV, data from fathers were discarded. Self-report questionnaires were used to assess IPV, co-parenting, and internalizing and externalizing problems in children. First, descriptive analyses showed low average levels of IPV and psychological symptoms in children in the sample, and generally good levels of co-parenting.

Pearson's correlations showed a significant negative association between IPV and co-parenting, indicating that higher levels of violence correspond to poorer parental cooperation. Furthermore, high-quality co-parenting was associated with lower internalizing symptoms in children. Two mediation models were tested using the GLM Mediation Model. The first model showed a significant indirect effect of IPV on internalizing symptoms through co-parenting, suggesting complete mediation: exposure to violence influences children's emotional problems mainly through the deterioration of the co-parenting relationship. In the second model, relating to externalizing symptoms, no significant effects emerged. The results highlight the crucial role of co-parenting as a protective factor in IPV contexts and emphasise the importance of clinical and preventive interventions aimed at supporting parental cooperation to reduce the psychological impact on children.

Keywords: co-parenting, intimate partner violence, internalising symptoms, externalising symptoms, CRS (Co-parenting Relationship Scale), CTS2 (Conflicts Tactics Scale revised), SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire).

INTRODUZIONE

La violenza all'interno dell'ambiente domestico danneggia il minore sia qualora la violenza avvenga nei suoi confronti direttamente, sia quando il minore diventa spettatore della violenza nella coppia genitoriale, pur non subendola direttamente su di sé. Il tema centrale in questo progetto di tesi è indagare in merito alla violenza assistita intrafamiliare (la violenza di coppia in cui sono testimoni e spettatori i figli) e conseguentemente gli effetti sui figli a livello di problematiche internalizzanti, esternalizzanti o comportamenti prosociali. La terza variabile che si ipotizza essere moderatrice è il costrutto del co-parenting.

In primis verrà approfondito il comportamento aggressivo e alcune teorie che lo spiegano, tra cui l'aggressività strumentale ed emozionale, la teoria freudiana di Eros e Thanatos e infine il modello GAM (General Aggression Model).

Successivamente si affronterà la prima variabile del presente progetto di tesi: La Conflict Tactics Scales (CTS-2, 1996) è una misura di come i partner in una coppia, convivenza o matrimonio si aggrediscono psicologicamente e fisicamente a vicenda ed è composta da 5 sotto-dimensioni (negoiazione, aggressione psicologica, violenza fisica, coercizione sessuale e lesioni fisiche). Relativamente a questo, vediamo poi la definizione di violenza assistita intrafamiliare del 2006 del Cismai, Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia, che la descrive come "l'esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici. S'include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici". In quel paragrafo vedremo anche altre caratteristiche tipiche dell'esposizione dei minori alla violenza tra partner, in quali aspetti vengono

compromesse le abilità genitoriali (co-regolazione ad esempio) e quali effetti psicologici e non avvengono nel bambino: dalle conseguenze a breve alle conseguenze a lungo termine. Ad esempio, il Disturbo Post Traumatico da Stress. Per la seconda variabile di questo progetto di tesi invece, osserviamo le problematiche internalizzanti, esternalizzanti e comportamenti pro-sociali: in primis vedremo il Questionario sui Punti di Forza e le Difficoltà (SDQ, Goodman 1997). Il questionario è rivolto ai genitori o insegnanti ed è composto da 25 item che toccano 5 temi (5 item per tema): sintomi emotivi; problemi di condotta; iperattività/disattenzione; problemi di relazione tra pari; comportamento prosociale. Citando Maria Gazzotti (2023) “i problemi internalizzanti indicano difficoltà sviluppate e mantenute all’interno della persona, spesso caratterizzate da ipercontrollo, inteso come la tendenza a controllare o a regolare i propri stati interni emotivi e cognitivi in modo eccessivo e inappropriato” ma anche ansia e depressione. Nelle problematiche esternalizzanti invece l’adolescente o il bambino riversano il disagio nei confronti dell’esterno, esempi sono: “il disturbo da deficit d’attenzione e iperattività (ADHD), il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta. Non si tratta però sempre di disturbi, ma la diagnosi si effettua nei casi in cui il comportamento tende a cronicizzarsi nel tempo e ha conseguenze negative per il soggetto o per altre persone” (Di Pietro & Bassi, 2021).

In seguito, il successivo paragrafo tratterà dei modelli violenti che possono essere appresi dai bambini vivendo in famiglie che quotidianamente mettono in scena atti violenti fisicamente o psicologicamente e ci si collega poi con la trasmissione transgenerazionale di Kaes e Fraiberg. Si prosegue con il paragrafo sull’impatto che hanno i bambini ed adolescenti nel vivere in famiglie con violenza domestica e relative ricerche e meta-analisi per dimostrare quanto sia dannosa l’esposizione alla violenza. Infine, si approfondiranno in un paragrafo i trattamenti previsti per i bambini vittime di violenza assistita intrafamiliare, tra cui la psicoterapia classica, la tecnica EDMR, risorse come libri, psicoterapie corporee, l’approccio di Jon Kabat-Zinn col protocollo Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), l’analisi

bioenergetica di Alexander Lowen, che è una metodologia unica che combina la psicoterapia verbale a quella corporea e in cui “il concetto di integrazione è basato sul fatto che mente e corpo formano un'unità. Noi siamo i nostri pensieri, emozioni, sensazioni, impulsi ed azioni”.

Concludendo, passeremo alla terza variabile: il co-parenting.

Feinberg e colleghi (2012) hanno progettato e validato la Coparenting Relationship Scale (CRS), una misura più completa in grado di cogliere gli aspetti multidimensionali della cogenitorialità con una scala Likert a 7 punti, che misura sette sottoscale: accordo di co-genitorialità; vicinanza; sostegno; approvazione della genitorialità del partner; indebolimento della cogenitorialità; esposizione al conflitto; divisione del lavoro.

La co-genitorialità, secondo Feinberg (2003), è un termine che spiega le modalità con cui le figure genitoriali si relazionano tra di loro attraverso il ruolo di genitori. Non include infatti gli aspetti romantici, sessuali, emotivi, finanziari, di coppia o legali della relazione tra gli adulti in quanto non riguardano l'educazione dei figli. Il termine cogenitorialità si verifica qualora vi siano responsabilità sovrapposte o condivise nell'educazione dei figli e riguarda il supporto e coordinamento o l'assenza di questi due aspetti. Nel paragrafo finale, vengono trattati infine il Lausanne Trilogue Play ed altri aspetti connessi alla co-genitorialità.

CAPITOLO 1.

CRESCERE NELLA VIOLENZA: SINTOMI INTERNALIZZANTI ED ESTERNALIZZANTI NEI FIGLI ESPOSTI AL CONFLITTO GENITORIALE E IL RUOLO DEL CO-PARENTING

1.1.1 IL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO

Come affermano Garro e Ruggeri (2018) “In psicologia la definizione di aggressività è quella serie di comportamenti volti ad arrecare un danno, fisico o psicologico, ad altri individui ... e il focus è su due caratteristiche: *l'intenzionalità* di arrecare un danno deliberato più o meno grave negli altri e *l'aspettativa* che tale atto provochi conseguenze negative in chi lo subisce” dunque, senza questi due elementi non vi è aggressività.

Citando Aronson et al. (2019), secondo la teoria di Berkowitz (1993) esiste una differenza tra **aggressività strumentale** e **aggressività ostile/emozionale**. Quella ostile deriva da una rabbia il cui unico obiettivo è causare dolore o danno, mentre in quella strumentale, il causare del male a qualcuno è “un effetto collaterale” in quanto un mezzo per ottenere un altro scopo.

Fatta una piccola introduzione, per spiegare in breve il comportamento aggressivo, vedremo le principali teorie per spiegare l'aggressività. Come affermano Garro e Ruggieri (2018), l'aggressività venne studiata nei decenni da antropologi, psicologi, fisiologi, economisti, sociologici, filosofi, genetisti, ecc. la multidisciplinarietà è fondamentale per comprendere questo fenomeno multidimensionale (Caprara et al. 2007). Vi sono soprattutto spiegazioni biologiche (secondo le quali la causa dell'aggressività origina soprattutto nella fisiologia dell'essere umano) e psicologiche (invece, origina da processi consapevoli o non).

Ponendo il focus su quelle psicologiche, una delle prime nella storia della psicologia è la visione psicoanalitica freudiana che vede l'aggressività come istinto. Secondo Freud (1896,1900) le due forze che sovrintendono all'esistenza

dell'essere umano sono le seguenti: **l'Eros**, istinto innato volto alla conservazione e perdurare della vita e invece **Thanatos** è la pulsione che spinge verso la distruzione della stessa ed è alla base delle condotte aggressive; l'aggressività sarebbe una manifestazione di quest'ultima per sfogare e, dunque allentare, la tensione all'annientamento della vita.

Proseguirò parlando ora del modello GAM (General Aggression Model, Anderson e Bushman 2002; DeWall e Anderson, 2011), quello che è al contrario il modello attuale in psicologia perché multidisciplinare ed evita spiegazioni semplicistiche di questo fenomeno.

Il General Aggression Model spiega che l'aggressività nasce dall'interazione dei seguenti fattori:

- variabili situazionali,
- di personalità,
- stati attuali interni,
- risultati di valutazioni/presa di decisioni.

Gli aspetti situazionali sono ad esempio provocazioni, esposizione alle armi, odori spiacevoli, rumori, media violenti mentre quelli disposizionali corrispondono al machismo, valori, processi di attribuzione, script comportamentali e tutto questo facilita il comportamento aggressivo (Garro e Ruggeri, 2018).

“Va da sé che la presenza simultanea dei due aspetti ha un effetto di amplificazione. Così, fattori situazionali rafforzano e fanno emergere stati personali; ad esempio, l'isolamento sociale o la fruizione ripetuta di videogiochi violenti può agevolare la sistematica presenza di distorsioni cognitive negative (Bushman e Anderson, 2002; DeWall et al. 2009). Variabili situazionali possono, d'altra parte, interagire con aspetti di personalità per predire l'aggressività” (Garro e Ruggeri 2018). In ogni caso, come affermato da loro, i fattori situazionali e disposizionali successivamente attivano fattori affettivi e processi decisionali. Una volta che l'individuo ha messo in atto l'episodio impulsivo o ragionato, i feedback comportamentali guidano il processo verso l'episodio successivo.

Successivamente il modello venne ampliato inserendo anche l'importante influenza del passato e il futuro oltre che del momento presente; per un approfondimento vedi articolo Allen et al. 2018, di cui lascio lo schema qui di seguito.

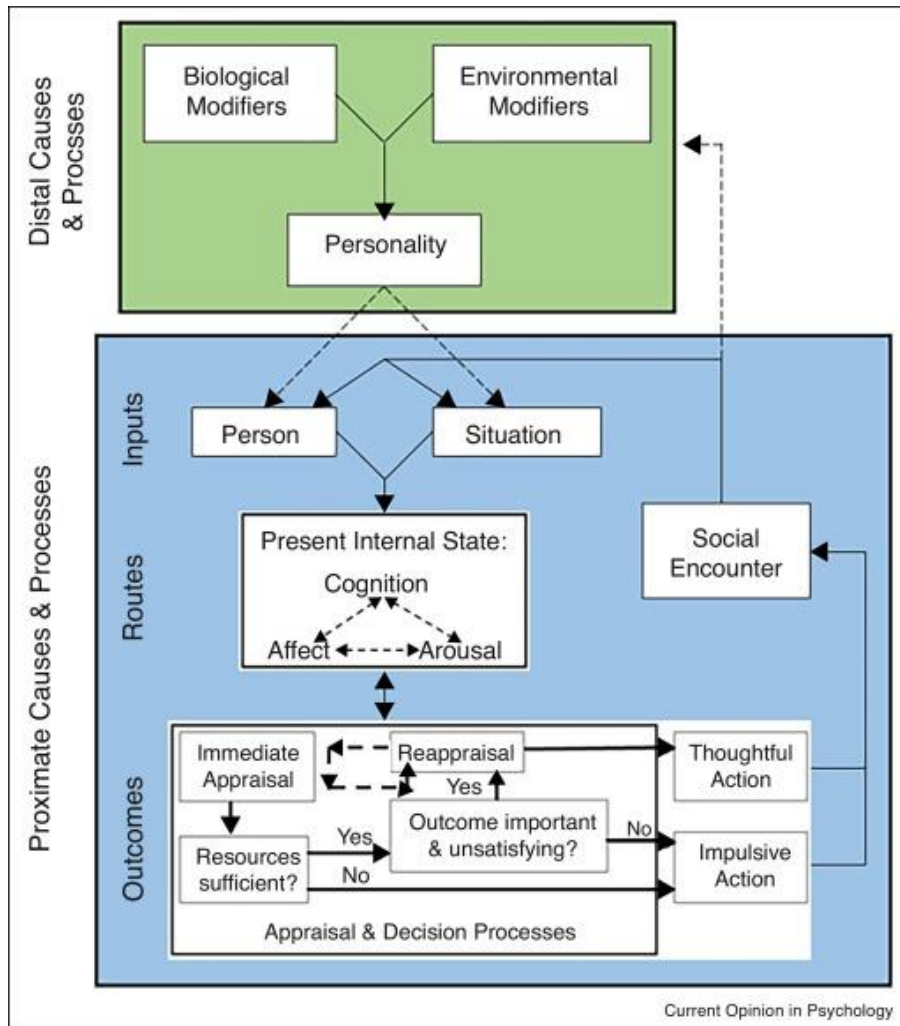


Figura 1. Il modello di aggressione generale (GAM): cause e processi prossimi e distali.

Concludendo, Garro e Ruggeri (2018), affermano che in merito alla differenza tra uomini e donne per quanto riguarda la violenza, gli uomini mostrano una inclinazione alla violenza fisica e forme dirette di aggressione mentre le donne sono più propense ad un'aggressività indiretta come lo spettegolare e/o indurre isolamento sociale. Dunque, siccome entrambi i sessi commettono una serie di

atteggiamenti fisici contro i loro partner, devono essere valutate uguali le possibilità che uomini e donne possano essere autori e vittime di aggressione.

1.1.2 LA CONFLICT TACTICS SCALES E LA VIOLENZA NELLA COPPIA

La Conflict Tactics Scales (CTS-2, 1996) è una misura di come i partner in una coppia, convivenza o matrimonio si aggrediscono psicologicamente e fisicamente a vicenda; misura anche l'uso del ragionamento o della negoziazione per gestire i conflitti. La CTS-2 è una scala di 78 item, composta da 5 sotto-dimensioni (negoziiazione, aggressione psicologica, violenza fisica, coercizione sessuale e lesioni fisiche) e viene solitamente somministrata a entrambi i partner (Signorelli et al. 2014).

La scala CTS-2, attuale, proviene però dalla prima versione: "Conflict Tactics Scales" (CTS; Straus, 1979), la quale è stata progettata per misurare l'uso del ragionamento, dell'aggressività verbale e della violenza all'interno della famiglia ma questa prima versione aveva anche l'obiettivo di testare la "teoria della catarsi" del controllo della violenza (Straus, 1974).

Prima di approfondire la CTS-2, mi soffermerò a trattare la teoria della catarsi sopra menzionata relativamente alla CTS. Citando l'articolo di Straus (1974), la teoria della catarsi sostiene che tutti abbiamo come caratteristica insita in noi una maggiore o minore tendenza all'aggressività che non può essere repressa; il tentativo di reprimere questa motivazione biologica causerà conseguenze ancor più distruttive in un secondo momento rispetto al lasciarla emergere da subito: viene sostenuto, dunque, che permetterci di sfogarla possa essere liberatorio e funzionale alla gestione della rabbia.

Negli anni '70 vennero pubblicate tre revisioni, rispettivamente di: Berkowitz (1973), Hokanson (1974) e Steinmetz e Staus (1973), queste revisioni erano finalizzate a verificare la teoria della catarsi. Come esisto comune, queste tre pubblicazioni, falsificarono la teoria affermando che più si osserva e dà sfogo alla

rabbia e violenza, più si presenteranno livelli maggiormente elevati di aggressività e violenza.

“Le moderne teorie socio-psicologiche, tra cui la teoria dell'apprendimento sociale, la teoria dell'interazione simbolica e la teoria dell'etichettamento (o della reazione sociale), prevedono tutte il contrario della teoria della catarsi: più frequentemente un atto viene compiuto, maggiore è la probabilità che esso diventi una parte standard del repertorio comportamentale dell'individuo e delle aspettative degli altri riguardo al comportamento di quell' individuo”. Inoltre, in merito ad una riflessione relativa a “la violenza verbale sostituisce o meno quella fisica?”, sempre in questo articolo Straus (1974) afferma: “La forte associazione positiva tra il livello di aggressività verbale e fisica si applica in modo pressoché uguale ai mariti e alle mogli, inoltre, all'aumentare dell'aggressività verbale, il livello di aggressività fisica non solo tiene il passo, ma aumenta ancora più rapidamente. Qualunque sia la natura specifica della sequenza causale, da questi dati risulta chiaro che l'aggressività verbale non è un sostituto dell'aggressività fisica. Piuttosto, le due vanno di pari passo”.

Tornando ora alla CTS-2, le dimensioni della scala sono le seguenti:

- Negoziazione: le azioni intraprese per risolvere un disaccordo attraverso la discussione e vi è una sotto-dimensione cognitiva ed una emotiva come il tono emotivo delle discussioni, ad esempio se negativo o positivo (Straus et al. 1996);
- Aggressività psicologica: citando Vissing, Straus, Gelles e Harrop (1991) è una forma di comunicazione intenzionata a causare dolore psicologico a un'altra persona o una comunicazione percepita come avente tale intento. Esiste di tipo verbale attivo (insulti, appellativi offensivi), non verbale attivo (sbattere le porte, rompere oggetti), non verbale passivo (silenzio ostile, ritiro comunicativo);
- Aggressione fisica: “è un atto compiuto con l'intenzione (o intenzione percepita) di causare dolore fisico o lesioni a un'altra persona”. Degli

esempi sono spingere, afferrare, schiaffeggiare, usare un'arma ecc. (Gelles & Straus 1979)

- Coercizione sessuale: è definita come un comportamento volto a costringere il partner a compiere atti sessuali indesiderati, è una scala pensata per coprire vari atti coercitivi, dall'insistenza verbale alla forza fisica (Straus et al. 1996);
- Lesioni: "lesioni fisiche inflitte dal partner, indicate dai danni alle ossa o ai tessuti, lesioni che necessitano di cure mediche o dolore che persiste per un giorno o più" (Straus et al. 1996).

Ulteriori approfondimenti della scala CTS-2 verranno svolti nel secondo capitolo per quanto riguarda gli strumenti di ricerca utilizzati nel presente progetto di tesi. In molti dei casi di violenza assistita intrafamiliare, si fa riferimento anche ai casi di violenza verso le donne - madri.

Basandosi sui dati relativi alle richieste di aiuto e intervento ricevute dalle Forze di Polizia, l'ufficio interforze del Dipartimento di Pubblica Sicurezza in Italia, in collaborazione con il Servizio Analisi Criminale è stato dimostrato che in un elevato numero di casi i minori sono testimoni di violenza intrafamiliare o domestica ai danni delle donne. Per quanto riguarda la diffusione di questi fenomeni si guardi ai dati Istat dell'anno 2025 "Sono circa 6 milioni e 400mila (il 31,9%) le donne italiane dai 16 ai 75 anni di età che hanno subito almeno una violenza fisica o sessuale nel corso della vita (a partire dai 16 anni di età). Il 18,8% ha subito violenze fisiche e il 23,4% violenze sessuali; tra queste ultime, a subire stupri o tentati stupri sono il 5,7% delle donne".

Inoltre, sempre secondo Istat (2025) "in base alle stime preliminari il 26,5% delle donne italiane nel 2025 ha subito violenza fisica o sessuale da parenti, amici, colleghi, conoscenti o sconosciuti. Considerando le donne che hanno un partner o lo hanno avuto in passato, sono il 12,6% le donne vittime di violenza fisica o sessuale nell'ambito della coppia. Dai partner si subisce anche violenza psicologica (17,9%) e violenza economica (6,6%). Le violenze subite variano per

livello di gravità: per quelle fisiche si va dalle minacce ai tentativi di strangolamento o soffocamento, mentre per quelle sessuali si passa dalle molestie con contatto fisico non voluto (19,2%) fino agli stupri o ai tentati stupri (5,7%).

Le donne subiscono violenza sia nella coppia (12,6% delle donne che hanno o hanno avuto partner) sia al di fuori della coppia (26,5% delle donne) da altri uomini – parenti, amici, colleghi, conoscenti o sconosciuti. Sono soprattutto gli ex partner a risultare responsabili delle violenze fisiche o sessuali: ciò accade per il 18,9% delle donne che al momento dell'intervista avevano un ex partner”.

In maniera più generale, nel 1996, l'American Psychological Association ha definito la violenza del partner intimo (IPV) come un “abuso fisico, sessuale, psicologico, emotivo o di stalking, reale o minacciato, da parte di un partner intimo. Un partner intimo può essere un coniuge attuale o precedente o un partner non coniugale, come un fidanzato, una fidanzata o un partner sentimentale.”

L'intimate partner violence (IPV) è un problema di salute pubblica di rilievo per le sue conseguenze sulla salute fisica e psichica (in particolare depressione e disturbo post traumatico da stress) e quindi ha un carico importante sul sistema sanitario. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'IPV come un insieme di comportamenti dannosi fisici, sessuali o psicologici perpetrati da un partner nella relazione intima (OMS, 2021). Questo fenomeno multi-sfaccettato comprende varie forme di violenza, tra cui quella fisica, sessuale, psicologica, economica e assistita (Consiglio d'Europa, 2011).

Andando più nel profondo del tema “è fondamentale, quando si tratta la violenza domestica, chiarire come la violenza sia agita sempre all'interno di una relazione tra due partner che presuppone l'esistenza fra la vittima e il perpetratore di un legame intimo, affettivo e significativo tale da qualificare tale tipologia di relazioni come legami intimi violenti” (Iesu, 2012).

Inoltre, “l'IPV prevede due attori: una vittima, in genere la donna, ed un perpetratore, in genere, un uomo, inseriti in una relazione di coppia significativa ma disfunzionale che perdura tuttavia nel tempo” (Iesu, 2012).

È un fenomeno estremamente complesso e per avere una comprensione più chiara del fenomeno si può trattare della “Dipendenza Affettiva Patologica (Pathological Affective Dependence, PAD) che emerge come un rilevante fattore di rischio per l’IPV (Pugliese et al., 2023a; Pugliese et al., 2023b). Questa condizione, che lega a doppio filo vittime e partner abusanti, rappresenta un legame apparentemente inestricabile con un partner problematico o maltrattante, caratterizzato da conflittualità persistente, abusi, violenza e manipolazioni. La PAD si manifesta con l’incapacità di uno o entrambi i partner di interrompere la relazione, persino quando le conseguenze negative sono evidenti, raggiungendo livelli di malessere elevati. Le persone dipendenti affettive possono congelarsi nella relazione maladattiva a lungo, con ricadute gravi come la trasformazione del conflitto in violenza relazionale o gesti estremi come il suicidio, femminicidio, uxoricidio o omicidio-suicidio, purtroppo ancora frequenti. Un altro aspetto spesso trascurato è che la dipendenza affettiva patologica può essere presente non solo nella vittima, ma anche nella personalità dell’aggressore o dell’omicida” (State of Mind, 2024). Tornando al minore, come affermato da AGIA Associazione Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza (2025), sul podio la prima forma di maltrattamento più diffusa è il neglect (trascuratezza) con un 37% di minori che la subiscono, la seconda per diffusione è la violenza assistita subita dal 34% di minori. Un ultimo dato allarmante mostra come l’87% dei casi i minorenni sono maltrattati da una persona appartenente alla cerchia familiare ristretta.

La violenza interpersonale è correlata strettamente a conseguenze sulla salute mentale a breve e lungo termine, ad esempio, come affermato nell’articolo di Signorelli et al (2014) “sentimenti di isolamento, incapacità di reagire, tentativi di suicidio, depressione, attacchi di panico, reazioni e/o disturbi da stress post-traumatico (PTSD) e abuso di alcol o droghe (Pico-Alfonso et al. 2008; Torres et al. 2009). Inoltre, l’abuso psicologico è il tratto più frequentemente segnalato nelle relazioni violente e si è scoperto che influisce sulla salute delle donne in modo altrettanto significativo quanto gli altri tipi di abuso (Coker et al. 2000)”.

1.1.3 LA VIOLENZA ASSISTITA INTRAFAMILIARE

Si riportano di seguito definizioni di violenza assistita intrafamiliare e di seguito vengono forniti dettagli ed approfondimenti per avere un'iniziale comprensione di questo fenomeno.

Nel 2006 il Cismai, coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, descrive la violenza assistita intrafamiliare come "l'esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici. S'include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici".

In aggiunta, secondo Camisasca, Miragoli e Di Blasio (2014) "per i minori, i traumi relazionali si configurano come i più pericolosi in termini di sviluppi post-traumatici, tanto più quando sono molto precoci e legati a relazioni primarie gravemente disfunzionali".

Inoltre, l'ordine degli psicologi della Lombardia (OPL) afferma che bambini che sono vittime di violenza assistita diventano testimoni involontari di aggressività, violenza, brusche separazioni e manipolazioni; tutto questo viola il fondamentale diritto appartenente al bambino di poter vivere una infanzia serena e non permette di ricevere un soddisfacimento ai propri bisogni né le giuste attenzioni. L'assistere ad atti violenti è in grado di produrre sui bambini un catastrofico impatto psicologico, morale e fisico (ansia, disturbi alimentari, disturbi dell'apprendimento, aggressività e condotte antisociali) e porta delle ripercussioni che possono durare lungo tutta la vita. Inoltre, i danni che porta la violenza assistita, compromettono anche le capacità relazionali del minore nei confronti dei coetanei e degli adulti e compromette anche il corretto sviluppo di una personalità

sana e capace di muoversi adeguatamente nel contesto sociale. A lungo termine può emergere un alto rischio di riproducibilità della violenza, ossia sviluppare comportamenti violenti in età adulta e nelle bambine cresce il rischio di diventare a loro volta vittime di violenza. Secondo l'Ordine degli Psicologi della Lombardia, concludendo, è fondamentale dunque costruire con il bambino un percorso diretto alla resilienza: la manifestazione di un adattamento positivo, nonostante avverse condizioni esistenziali.

In questi casi, come affermato da Fonagy (2002), tra i fattori di protezione sarebbe fondamentale una figura responsiva presente nella vita del bambino e che favorisca a lui lo svilupparsi di un modello operativo interno sicuro sia per avere un modello relazionale sicuro, sia relativo alla possibilità di recupero dopo le avversità. Un esempio potrebbe essere una figura che permetta un'esperienza riparativa, un esempio di attaccamento sicuro dando al bambino uno spazio protetto e di fiducia. Tuttavia, la madre che subisce violenza domestica spesso viene danneggiata profondamente e, non possiede, in maniera sufficientemente conservata la capacità di essere responsiva a livello emozionale e attento (Luberti & Grappolini, 2017). In aggiunta, secondo Apollonio (2013) riparare la relazione figlio-madre richiede tempi lunghi e sostegno: "Le donne maltrattate devono sempre pensare alla loro sopravvivenza e a come possono controllare il loro ambiente per evitare almeno le violenze più gravi e per proteggere i loro figli. Sono immerse nell'attività di strategizing (trovare strategie) per sopravvivere emotivamente; per fare questo devono concentrarsi sugli aspetti positivi del loro carnefice piuttosto che sulla sua brutalità, sottovalutare i rischi che provengono dalla relazione, e in qualche modo occuparsi della relazione con il loro abusante per non contrariarlo e farlo esplodere".

In un contesto sano, dunque, si svilupperebbe l'attaccamento sicuro grazie ad un adulto accudente che protegga da minacce e pericoli: Di Blasio (2009) afferma che l'adulto qui regola le emozioni del bambino ed è in grado di rassicurarli, attraverso scambi di segnali che fanno sì che le attività cerebrali dei due si accordano reciprocamente tramite una "co-regolazione"; questo è essenziale per lo sviluppo

di strutture e circuiti cerebrali necessari al raggiungimento delle capacità autoregatorie nel bambino.

“Il sistema di attaccamento si trasforma in un sistema chiamato di «sicurezza percepita» (felt security), nell’ambito del quale i soggetti sono sollevati dalle paure che li inibiscono e possono dedicarsi a esplorare il mondo fisico che li circonda” (Di Blasio, 2009).

Proseguendo, con quanto affermato da Verardo, Cioccolanti e Giovannozzi (2016), quanto detto sopra viene ora approfondito: se la madre è in uno stato di calma, il sistema vagale ventrale è attivo e di conseguenza lei mostra una frequenza cardiaca regolare e frequenza respiratoria rallentata, tono pacato e volto sereno; quando la madre è in questo stato può calmare un bambino che ha ad esempio paura (sistema ortosimpatico eccessivamente attivo, eccitabile) oppure di stimolarlo (qualora fosse il sistema parasimpatico ad essere troppo attivo) nel caso in cui fosse poco rispondente agli stimoli. La co-regolazione avviene quando il bambino adegua il suo respiro e frequenza cardiaca a quelli rilassati della madre e lui si calma; a sua volta il tutto viene rinforzato quando la madre nel vedere la risposta positiva del figlio riceve ulteriore calma. Questo conduce col tempo il bambino allo sviluppo di capacità riflessive e di mentalizzazione.

Al contrario, in contesti di violenza domestica caratterizzati da paura e pericolo, il sistema d’attaccamento si intensifica e porta ad un avvicinamento proprio alla figura che induce spavento invece di protezione; citando Luberti e Grappolini (2017) “in uno studio su detenuti antisociali, si è rilevato il rifiuto di parlare degli stati mentali, sia propri che degli altri, nel contesto di rapporti di attaccamento. Questi uomini riuscivano a parlare soltanto di situazioni concrete e di comportamenti e azioni riguardanti se stessi, le compagne, i figli, i genitori, senza poter includere gli stati della mente sottesi ai comportamenti (Levinson & Fonagy, 1999)”.

Una rassegna di Kearny et al. (2010) mostra come più del 50% di bambini maltrattati fisicamente e 33-50% degli esposti a violenza domestica e 21-50% abusati sessualmente, presentino il disturbo post-traumatico da stress.

Citando il libro *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli* di Luberti e Grappolini (2017, p.43), il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è stato inserito nel DSM-III nel 1980 e nacque per indicare dei quadri di sofferenza psichica seguente all'essere stati esposti a catastrofi o eventi inusuali, patologia che si può manifestare anche in individui sani senza una predisposizione genetica in quanto l'assistere a determinate situazioni causerebbe sintomi che insorgerebbero nella maggioranza delle persone. Secondo il DSM-V, manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, ultima versione, la caratteristica essenziale del disturbo post-traumatico è lo svilupparsi di sintomi che seguono all'esposizione a uno o più eventi traumatici, la cui manifestazione è variabile: alcune persone possono rivivere frequentemente con paura i sintomi emotivi e comportamentali, in altre maggiormente emerge uno stato d'animo anedonico o disforico e pensieri negativi, altri ancora sintomi reattivo-esternalizzanti e in altri una predominanza di sintomi dissociativi. Gli eventi che possono causare il PTSD non sono solo legati all'esposizione ad eventi di guerra come un soldato o un civile, aggressione fisica reale o minacciata: bensì include anche violenza sessuale reale o minacciata, essere rapiti, presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, disastri naturali, ecc; gli eventi vissuti come testimoni includono violenza domestica.

Citando il DSM-V, l'evento traumatico può essere rivissuto comunemente attraverso ricordi ricorrenti, involontari e intrusivi (criterio B1), sogni spiacevoli che ripetono l'evento stesso o che sono rappresentativi o tematicamente connessi alle minacce nell'evento traumatico (criterio B2), stati dissociativi dalla durata che varia dai pochi secondi fino a diverse ore o giorni in cui rivive l'evento come se avvenisse nel presente (criterio B3) che si possono manifestare o attraverso una breve intrusione visiva/sensoriale di alcune parti dell'evento fino ad una perdita completa della consapevolezza dell'ambiente circostante, manifestare sofferenza psicologica intensa (B4) o reattività fisiologica (criterio B5) quando viene esposto ad eventi somiglianti o che simboleggiano un aspetto dell'evento. Successivamente nel DSM-V vengono esplicitati gli altri criteri.

Approfondendo il PTSD nel caso in cui il paziente in questione sia un bambino, delle caratteristiche a supporto della diagnosi sono: perdita del linguaggio, regressione dello sviluppo, pseudo-allucinazioni uditive, ideazione paranoide, difficoltà ulteriori nella regolazione delle emozioni, nel mantenimento di stabilità nelle relazioni interpersonali o sintomi dissociativi.

Come affermato da Luberti e Grappolini (2017), in situazioni di violenza domestica la madre e il figlio possono fungere da ri-attivatori traumatici. Ad esempio, la madre che sviluppa un temporaneo disturbo dissociativo come conseguenza al trauma della violenza domestica può diventare spaventante per il figlio e impedire alla donna di avere una rappresentazione dello stato mentale del bambino che avrà comportamenti in contraddizione tra avvicinamento e distanziamento. La relazione che si può instaurare tra i due è di possibili scambi disfunzionali, spaventanti e spaventati che possono sfociare in varie conseguenze come sequestro del bambino in luoghi chiusi, scoppi di rabbia. Nelle situazioni normali le rotture relazionali tra caregiver e figlio si riparano in fretta tornando rapidamente a un coordinato stato di interazione, qui invece mancano ripetute esperienze di riparazione necessarie alla rappresentazione di sé come efficace, della figura di accudimento come affidabile e della relazione come sicura.

I traumi relazionali precoci sono alla base della formazione dei modelli operativi interni (MOI) dell'attaccamento insicuro, in particolare quello disorganizzato. Tornando a citare Luberti e Grappolini (2017), questo è connesso conseguentemente con una compromessa funzione riflessiva che permette, in condizioni adatte, la mentalizzazione che è alla base di: la consapevolezza di sé e della capacità di elaborare informazioni sul sé anche nelle relazioni con gli altri e di pensare e riflettere sui comportamenti; una compromissione di tutto questo porta gravi conseguenze psico-comportamentali. Sempre traendo da Luberti e Grappolini (2017) “quando il sistema di attaccamento si attiverà nel bambino, in situazioni di reale pericolo o di riattivazione traumatica, si evidenzierà ogni volta il conflitto rispetto all'avvicinarsi o meno al genitore per cercare protezione, palesandosi i modelli operativi interni contraddittori di Sé e dell'altro (Camisasca,

2009; Di Blasio, 2009; Liotti e Farina, 2011)”. In aggiunta, approfondendo dal punto di vista meramente neuro-biologico, i bambini iper-vigili rispetto a possibili segnali di pericolo mostrano un’attivazione alternata tra sistema ortosimpatico (cambiamenti fisiologici dell’attacco-fuga) e il sistema vagale dorsale tipicamente attivatosi in condizioni di pericolo estremo e come sua espressione abbiamo la difesa di immobilizzazione, trance dissociativa, insensibilità a stimoli anche dolorosi, bradicardia neurogenica, collasso, respiro superficiale, flaccidità muscolare, mancanza di controllo degli sfinteri. Secondo Main e Cassidy (1998) nei bambini i comportamenti controllanti sono classificati come espressione dell’attaccamento disorganizzato.

Come affermato da Luberti e Grappolini (2017), i bambini con attaccamento disorganizzato mantengono con il caregiver comportamenti caratterizzati da confusione, paura, disregolazione emotiva e dissociazione: “essi possono sviluppare come difesa strategie controllanti (punitiva, accudente, sottomessa, sessualizzata, o basata sull’inibizione di ogni relazionalità), che hanno un’origine intersoggettiva, giacché sia il caregiver che il bambino sono motivati a porre fine alla disorganizzazione emotiva, alla disintegrazione cognitiva e alle esperienze dissociative.”

Da qui possiamo avere due tipi di manifestazioni, due “vie”, che torneranno molto frequentemente in questo progetto di tesi:

- Le strategie controllanti di tipo punitivo (come l’aggressività competitiva e dominante, umiliazione), possibili fattori di rischio nello sviluppo di sintomi di esternalizzazione: rabbia, l’ostilità e il comportamento antisociale;
- Al contrario le strategie controllanti di tipo accudente (come l’inversione dei ruoli, iper-responsabilizzazione, funzioni di protezione, cura, consolazione, distrazione del genitore e vissuti di colpa e inferiorità), si è più sul versante della sottomissione e a sua volta la possibilità di sviluppare sintomi d’internalizzazione: ansia, depressione, disturbi psicosomatici (Luberti e Grappolini, 2017).

Dopo questo accenno relativo ai comportamenti esternalizzanti ed internalizzanti, si passerà ora al secondo paragrafo che si occuperà di approfondire questi sintomi, aggiungendo anche il comportamento prosociale (insieme, questi tre comportamenti rappresentano la seconda variabile del progetto di tesi) che si manifestano successivamente all'esposizione a questi ambienti familiari.

1.2.1 PROBLEMATICHE INTERNALIZZANTI, ESTERNALIZZANTI E COMPORTAMENTO PROSOCIALE NELL'INFANZIA E ADOLESCENZA

Proseguiamo ora approfondendo invece il tema del comportamento internalizzante, esternalizzante e prosociale e la loro manifestazione in bambini e adolescenti.

All'interno della ricerca, abbiamo utilizzato il Questionario sui Punti di Forza e le Difficoltà (SDQ, Goodman 1997). Il questionario è rivolto ai genitori o insegnanti ed è composto da 25 item che toccano 5 temi (5 item per tema):

- Sintomi emotivi;
- Problemi di condotta;
- Iperattività/disattenzione;
- Problemi di relazione tra pari;
- Comportamento prosociale;

Citando l'articolo di Goodman (1997), nella scala dei problemi di condotta, esempi di item sono i seguenti: "Spesso litiga con gli altri bambini", "Spesso mente o imbroglia" e "Ruba a casa, a scuola o altrove".

Nella scala dei sintomi emotivi, esempi di item potrebbero essere: "Spesso è infelice, scoraggiato o in lacrime", "Nervoso o appiccicoso in nuove situazioni", "molte paure, si spaventa facilmente". Nella scala di iperattività, esempi sono: "Irrequieto, iperattivo", "si distrae facilmente, la concentrazione vacilla".

Scala dei problemi tra i pari: "Piuttosto solitario, tende a giocare solo", "'Ha almeno un buon amico", "Va più d'accordo con gli adulti che con gli altri bambini". Scala prosociale: "Rispetto dei sentimenti altrui"; "Condivide facilmente con altri bambini (dolcetti, giocattoli, matite, ecc.)", "gentile con i bambini più piccoli", "si offre volontario per aiutare gli altri". Ogni item può essere contrassegnato con "non vero/abbastanza vero/certamente vero".

Lo strumento SDQ esiste anche in versione SDQ-P (per i genitori) e SDQ-T (insegnanti). Nella ricerca di Tobia e Marzocchi (2017), campione non clinico di bambini/ragazzi della scuola prima e secondaria, sono emerse in modo più frequente nei ragazzi problematiche legate alla condotta e iperattività-disattenzione mentre nelle ragazze più frequentemente e più elevati livelli di sintomi emotivi e comportamento prosociale. È emerso inoltre uno schema complesso: gli studenti delle scuole medie hanno mostrato globalmente più difficoltà psicosociali, inclusi indicatori sia internalizzanti che esternalizzanti quando si considera l'iperattività-inattenzione.

Ora, dopo aver compreso a livello generale come si può caratterizzare un campione non clinico, proseguiremo approfondendo i 5 aspetti della scala SDQ (comportamento prosociale, sintomi emotivi, problemi di condotta, iperattività-disattenzione, problemi di interazione sociale).

Il primo che si va a vedere nel dettaglio è il comportamento prosociale e come affermato da Flouri e Sarmadi (2015) "la prosocialità è un tratto che può essere caratterizzato dalla tendenza a prendersi cura, condividere e aiutare gli altri. Il comportamento prosociale avvantaggia gli altri e/o promuove relazioni sociali positive, ma è anche correlato al benessere soggettivo sia nei bambini (Eisenberg, Fabes & Spinrad, 2006) che negli adulti (Weinstein & Ryan, 2010)"

In aggiunta, "Laible et al. (2014) inoltre hanno dimostrato che l'adozione di comportamenti prosociali probabilmente evoca risposte positive da parte degli altri, che, a loro volta, consolidano i modelli operativi interni positivi dei bambini e la fiducia nella bontà degli altri" (Flouri & Sarmadi, 2015).

Concludendo con l'aspetto dei comportamenti prosociali, citando Flouri e Sarmadi (2015) "la sua relazione con la salute mentale infantile è più complessa. Sebbene il comportamento prosociale sia negativamente correlato a problemi di esternalizzazione ("acting-out"), si manifesta contemporaneamente a sintomi di internalizzazione (ansia e depressione) sia elevati che bassi (Nantel-Vivier, Pihl, Côté & Tremblay, 2014)" è necessario dunque proseguire nella ricerca approfondendo questo aspetto.

Citando Maria Gazzotti (2023), al contrario "i problemi internalizzanti indicano difficoltà sviluppate e mantenute all'interno della persona, spesso caratterizzate da ipercontrollo, inteso come la tendenza a controllare o a regolare i propri stati interni emotivi e cognitivi in modo eccessivo e inappropriato. Spesso portano con sé autostima bassa, difficoltà scolastiche e difficoltà nelle relazioni sociali (Di Pietro & Bassi, 2021)". Sono caratterizzati da ritiro sociale, un comportamento che implica una auto-svalutazione di sé, delle proprie capacità sociali o timore del giudizio e anche difficoltà psicofisiologiche date da disagio psicologico. Esempi sono soprattutto i disturbi d'ansia con relativi pensieri negativi, interpretazioni negative di sintomi ed eventi, attivazione fisiologica, ipersensibilità a segnali fisici, paura. In età evolutiva, quindi, principalmente possono emergere disturbo di panico, agorafobia, disturbo d'ansia da separazione, disturbo d'ansia sociale, d'ansia generalizzata, disturbi depressivi quali umore depresso, tristezza, irritabilità, perdita di interesse nelle attività, alterazioni del sonno e dell'appetito, rallentamento, mancanza di energie, senso di inadeguatezza, lamentele somatiche, preoccupazioni sulla morte, irritabilità.

Per approfondire il disturbo depressivo maggiore e la sua manifestazione nell'infanzia, citando Elia (2023, sito internet) "i bambini in genere mostrano una tristezza o irritabilità disarmante, hanno la sensazione di essere inutili e provano un senso di colpa. Il bambino perde interesse verso le attività che normalmente procurano piacere, come lo sport, la televisione, i videogiochi o il gioco con gli amici. Possono mostrare un'eccessiva noia."

Inoltre, come affermato da Elia (2023) i bambini con depressione mostrano debolezza e inattività fisica; nei più piccoli però emergono sintomi contraddittori come l'iperattività e comportamento aggressivo, sembrando più irritabili che tristi. Vi è uno squilibrio anche a livello fisiologico: il sonno può essere disturbato e portare insonnia/ipersonnia o incubi frequenti, lamentare problemi fisici come mal di stomaco o cefalee, l'appetito può aumentare o diminuire e portare a relative variazioni di peso; concludendo i sintomi possono interferire con capacità di pensiero e concentrazione e relativa alterazione del rendimento scolastico, possono perdere amicizie ed avere pensieri e fantasie suicidi, con eventualmente anche veri e propri tentativi di suicidio.

Proseguendo ora con le problematiche esternalizzanti, invece: esse si distinguono dai precedenti perché l'adolescente o il bambino riversa il disagio nei confronti dell'esterno, esempi sono: "il disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (ADHD), il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta. Non si tratta però sempre di disturbi, ma la diagnosi si effettua nei casi in cui il comportamento tende a cronicizzarsi nel tempo e ha conseguenze negative per il soggetto o per altre persone" (Di Pietro & Bassi, 2021).

Come affermato da Maria Gazzotti (2023), "il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività interessa il bambino fin dai primi anni di vita, si mantiene durante lo sviluppo e spesso persiste anche in età adulta. Come dice il nome, le caratteristiche tipiche sono appunto difficoltà di attenzione, impulsività e iperattività".

Questi bambini mostrano difficoltà nel mantenere l'attenzione e concentrazione, hanno una tendenza ad agire senza pensare a ciò che stanno facendo, mostrano difficoltà a modificare il comportamento sulla base dei loro errori e hanno difficoltà nello stare fermi e tranquilli. Maria Gazzotti (2023) inoltre descrive ulteriori caratteristiche "sono di continuo alla ricerca di attenzioni, perdono le cose, sono disorganizzati e sempre in movimento, hanno difficoltà ad andare d'accordo con fratelli e sorelle e si sentono facilmente frustrati. Affinché sia possibile diagnosticare il disturbo, i deficit devono avere un impatto significativo sui principali ambiti di vita del bambino o dell'adolescente (Di Pietro & Bassi, 2021)".

Il disturbo oppositivo provocatorio, secondo (Kaufman et al., 2016), è un quadro ricorrente di comportamenti oppositivi, provocatori, disobbedienti e ostili verso le figure di riferimento. Sono inclusi i seguenti comportamenti: violazione delle regole, attacchi di rabbia, polemizzare con gli adulti, umore negativo, irritabilità, deresponsabilizzarsi rispetto ai propri comportamenti attribuendo le cause agli altri, uso di parolacce, disturbare. È un disturbo caratterizzato da un quadro di comportamenti in cui si violano i diritti basilari degli altri e le regole sociali principali, sia nella famiglia che nel contesto sociale più ampio: spesso azioni prevaricanti o furti, fughe da casa/saltare la scuola.

1.2.2 L'IMPATTO DELL'ESPOSIZIONE ALLA VIOLENZA INTRAFAMILIARE SUI FIGLI

Che connessione vi è tra l'esposizione a violenza domestica e successive problematiche internalizzanti nei bambini e ragazzi?

Citando Wolfe, Crooks e Lee (2003) “la descrizione degli effetti dell'esposizione alla violenza domestica sui bambini e sugli adolescenti è stata oggetto di intensi sforzi di ricerca sin dai primi studi su questo argomento emersi a metà degli anni '80”. Inoltre, Wolfe et al. (2003) affermano che secondo revisioni accademiche di questa letteratura mostrano un consenso generale sull'opinione per cui “l'esposizione alla violenza domestica ha un effetto negativo significativo e misurabile sul funzionamento dei bambini, rispetto ai bambini provenienti da famiglie non violente (Edleson, 1999; Fantuzzo & Lindquist, 1989; Fantuzzo & Mohr, 1999; Margolin & Gordis, 2000; Wolak & Finkelhor, 1998)”.

Secondo quanto affermato da Wolfe et. al (2003), gli effetti negativi nominati sono relativi alle seguenti sfere: funzionamento emotivo, cognitivo e comportamentale, il rendimento scolastico, la psicopatologia e salute generale, la competenza sociale. Wolfe et al. (2003) affermano inoltre che è riconosciuto come l'esposizione alla violenza domestica sia effettivamente “un fattore di rischio non specifico per i danni allo sviluppo, che caratterizza il processo di multi-finalità dello sviluppo

(Sameroff 2000). Cioè, tale esposizione fa parte di un gruppo di fattori contestuali che producono danni (come l'abuso sui minori, pratiche genitoriali severe e altre forme di trauma e violenza) che interferiscono con il normale sviluppo e portano a risultati imprevedibili, ma generalmente negativi, a breve e lungo termine”.

Nel loro articolo Evans, Davies e DiLillo (2008), per approfondire e stimare la grandezza del fenomeno affermano che “i ricercatori stimano che tra i 3 e i 17,8 milioni di bambini siano esposti ad almeno un episodio di violenza domestica ogni anno (Carlson, 1984; Holden, 1998; Straus, 1992). Inoltre, studi basati su resoconti retrospettivi di adulti indicano che dal 20% al 40% ha riferito di essere stato esposto alla violenza domestica durante l'infanzia o l'adolescenza (Forsstrom-Cohen & Rosenbaum, 1985; Henning, Leitenberg, Coffey, Turner & Bennett, 1996; Maker, Kemmelmeier, & Peterson, 1998).”

Un dettaglio importante, affermato da Evans et al. (2008) è che “sebbene gran parte della ricerca relativa all'esposizione dei bambini alla violenza domestica si sia concentrata sulla violenza perpetrata dagli uomini (Wolak & Finkelhor, 1998), i ricercatori che studiano la violenza familiare devono riconoscere che i bambini possono anche essere esposti a violenza in cui la madre è l'autrice o ad atti di violenza bidirezionali tra i caregiver”.

Evans et al. (2008) come obiettivo principale della meta-analisi, volevano esaminare la relazione tra l'esposizione alla violenza domestica durante l'infanzia e i successivi comportamenti esteriorizzanti ed interiorizzanti nei figli da adolescenti ed hanno riscontrato i seguenti effetti medi ponderati significativi: 0,48 (SE=0,04) per i comportamenti internalizzanti e 0,47 (SE=0,05) per i comportamenti esternalizzanti, dimostrando che vi è un'associazione moderata tra l'esposizione alla violenza ed entrambi i comportamenti e le conclusioni di questo studio confermano così le conclusioni di molte revisioni narrative (ad esempio, Carlson, 2000; Edleson, 1999; Kolbo, Blakely, & Engleman, 1996; Margolin, 1998). In aggiunta la meta-analisi (Evans et al. 2008) ha dimostrato che la forza delle relazioni tra l'esposizione alla violenza domestica e i sintomi di internalizzazione, esternalizzazione e trauma era simile tra i campioni sia reclutati

nell'ambito di contesti clinici e rifugi per donne maltrattate sia in contesti comunicati e scolastici, in linea con la meta-analisi di Kitzmann et al. (2003).

Proseguendo con l'obiettivo di avere più chiarezza nella relazione tra l'esposizione alla violenza domestica e successivi effetti nei minori, vediamo questa seguente ricerca che si pone come principale focus l'indagare l'effetto di doppia violenza: sia l'esposizione alla violenza domestica sia l'esser stati vittime di abusi nell'infanzia.

Citando l'articolo di Moylan, Herrenkohl T., Sousa, Tajima, Herrenkohl R. e Russo (2010), "Numerosi studi hanno dimostrato che i bambini esposti alla violenza domestica e/o agli abusi sui minori sono più inclini a subire una vasta gamma di conseguenze psicosociali e comportamentali negative (T. Herrenkohl, Sousa, Tajima, R. Herrenkohl, & Moylan, 2008; Sternberg, 2006; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003). I ricercatori hanno ipotizzato quello che chiamano un "doppio colpo" o effetto di doppia esposizione, in cui i bambini esposti sia ad abusi infantili che a violenza domestica hanno esiti peggiori rispetto a quelli esposti solo a una forma di violenza (Herrenkohl et al., 2008; Hughes, Parkinson, & Vargo, 1989)".

Ad esempio, Sternberg, Baradaran, Abbot, Lamb e Guterman (2006) hanno condotto una meta-analisi ed è emerso che i bambini esposti sia ad abuso sui minori che alla violenza domestica, mostravano costantemente un maggiore rischio di problematiche internalizzanti in confronto ai bambini vittime di abuso, ai testimoni di violenza domestica e a coloro che non sono stati esposti a nessuna forma di violenza.

Citando Moylan et al. (2010) "infatti, hanno scoperto che coloro che furono sia vittime di abusi su minori sia esposti a violenza domestica avevano il 187% di probabilità in più di avere problemi internalizzanti rispetto a quelli in un gruppo di controllo senza violenza, il 117% in più rispetto alle vittime di abuso sui minori e il 38% in più rispetto ai testimoni di violenza domestica."

Tuttavia, gli studi che hanno esaminato la doppia esposizione hanno prodotto risultati contrastanti, suggerendo la necessità di ulteriori approfondimenti. La ricerca di Moylan et al. (2010) aveva come obiettivo indagare questi aspetti.

Nei risultati, in linea con le ipotesi, i bambini che sono stati esposti alla violenza sia abuso infantile, sia violenza domestica o entrambi, presentavano a prescindere livelli più alti di problematiche comportamentali internalizzanti ed esternalizzanti in adolescenza rispetto a coloro che non sono stati esposti a nessuna forma di violenza. Coloro che sia avevano assistito alla violenza domestica sia furono vittime di abusi sui minori (quindi doppia esposizione) presentavano costantemente un livello maggiore di rischio per tutta la gamma di problematiche comportamentali internalizzanti ed esternalizzanti di cui si è occupato lo studio, rispetto ai livelli che mostravano coloro che sono stati esposti ad una sola forma di violenza.

Lo studio di Moylan et al (2010) “ha identificato diversi modelli di relazione tra l'esposizione alla violenza e gli esiti comportamentali di internalizzazione ed esternalizzazione. Mentre tutti i gruppi esposti alla violenza hanno mostrato livelli più elevati di esiti rispetto al gruppo non esposto alla violenza, solo in quelli nel gruppo con doppia esposizione presentavano un rischio maggiore dopo aver tenuto conto di altri fattori di rischio.”

Dunque, il risultato suggerisce che vi potrebbe essere una maggiore vulnerabilità nei bambini che sono stati esposti alla violenza domestica e sono stati anche vittime di abuso infantile. Prove di un effetto di "doppio colpo" più tipico sono emerse solo per la depressione giovanile. “Pertanto, forse la conclusione più importante da trarre da questo studio è che la relazione tra l'esposizione alla violenza e gli esiti adolescenziali successivi è più complicata di quanto suggerisca la letteratura. I risultati sottolineano la necessità di distinguere gli effetti, unici e combinati, dell'abuso infantile e dell'esposizione alla violenza domestica nei bambini e di esaminare questi effetti nel contesto di altri fattori di rischio noti.” (Moylan et al. 2010). Se non viene considerato l'effetto della doppia esposizione alla violenza, questo, potrebbe indurre nei ricercatori a sottostimare o a sovrastimare il rischio di

successivi problemi nei giovani associati esclusivamente all'esposizione alla violenza o esclusivamente, al contrario, all'abuso infantile, sostengono Moylan et al. (2010).

Proseguendo, ora ci soffermiamo invece su uno studio che ha avuto come obiettivo quello di avere una più chiara comprensione della genetica e ambiente.

Jaffe et al. (2002) nel loro studio: "Influenza della violenza domestica negli adulti sui problemi di interiorizzazione ed esternalizzazione dei bambini: uno studio sui gemelli informativo dal punto di vista ambientale". L'obiettivo era comprendere se i problemi di esternalizzazione e internalizzazione possono presentarsi spesso nelle famiglie perché (1) i fratelli condividono rischi genetici per comportamenti problematici o (2) i fratelli sono esposti a rischi ambientali simili. "È stato utilizzato un disegno geneticamente sensibile per determinare se la violenza domestica fosse significativamente responsabile della variazione e della covariazione dei problemi di esternalizzazione e internalizzazione, indipendentemente dagli effetti genetici additivi su questi problemi comportamentali" (Jaffe et al. 2002). Dai risultati è emerso che la violenza domestica sugli adulti rappresentava il 2% e il 5% della variazione nei problemi di interiorizzazione ed esternalizzazione dei bambini, rispettivamente, a prescindere dagli effetti genetici. Citando Jaffe (2002) "la compresenza di punteggi di esternalizzazione e interiorizzazione era dovuta a fattori genetici (62,6%) e ambientali condivisi (29,2%) e alla violenza domestica (8%)". E poiché la violenza domestica influisce sui problemi comportamentali dei bambini al di là delle influenze genetiche, si può trarre la conclusione che i programmi che riducono con successo la violenza domestica dovrebbero anche prevenire la psicopatologia dei bambini (Jaffe 2002).

Infine, Formoso, Gonzales e Aiken (2000) indagarono il ruolo di ipotetici fattori protettivi o di rischio e di eventuali moderatori tra i conflitti familiari e successive problematiche nei figli. Nella loro indagine, i fattori protettivi risultati più rilevanti sono i seguenti: l'attaccamento materno e paterno e il monitoraggio da parte dei genitori sui figli; questi due fattori hanno moderato la relazione tra conflitti

familiari e problemi comportamentali; “tuttavia, questi fattori hanno agito in modo diverso per i ragazzi e le ragazze. Sebbene l'attaccamento e il monitoraggio dei genitori abbiano moderato la relazione tra conflitti familiari e problemi comportamentali sia per i ragazzi che per le ragazze, in generale questi fattori hanno agito come fattori protettivi per le ragazze e come fattori di rischio aggiuntivi per i ragazzi”.

Secondo Luberti e Grappolini (2017), concludendo, i bambini dell'età di un anno di vita che hanno vissuto situazioni di violenza domestica, manifestano i seguenti sintomi: disorganizzazione sensomotoria, problemi sfinterici, mancata regolazione dei ritmi biologici (dunque, ad esempio insensibilità al conforto, agitazione motoria, pianto prolungato, disturbi alimentari, disturbi del sonno e difficoltà nell'addormentamento, incubi, ipertono muscolare), comportamento sottomesso, tristezza, insensibilità agli stimoli.

“Dopo l'anno, i bambini mettono in atto meccanismi di attacco e fuga, con frequenti incidenti, inibizione dell'esplorazione, precoce cura di sé (Lieberman & Van Horn, 2007). Più tardi cercano di capire i rapporti di causalità tra gli eventi: si auto-colpevolizzano, pensando di essere, in quanto cattivi, la «causa» degli scoppi di violenza e di essere privilegiati rispetto ai familiari vittime di violenza diretta; si sentono inoltre impotenti perché non riescono a modificare la situazione” (Luberti & Grappolini, 2017).

Humphreys e Campbell (2004) hanno osservato che nei bambini che hanno vissuto in situazioni di violenza domestica si manifesta una maggiore incidenza di asma, cefalea, disturbi gastrointestinali, infezioni del tratto respiratorio, dermatiti ed allergie.

Luberti e Grappolini riportano che “si rilevano ipereccitabilità, iperallarme, inquietudine, aggressività, crudeltà verso gli animali, tendenza all'atto, immaturità, ipermaturità, scarse abilità motorie, minori competenze sociali e prosociali, comportamenti regressivi, comportamenti autolesivi, livelli più bassi di interazioni affettive con altri bambini, scarse abilità verbali e visivo-spaziali

dovute alla depressione materna e alla qualità scadente dell'ambiente familiare (Jaffe, Wilson & Wolfe, 1990; Moore & Pepler, 1998)".

Affermano poi Luberti e Grappolini che nel corso degli anni di ricerca in questi temi sono stati molti gli studi che hanno messo in relazione molteplici anomalie a livello cerebrale con gli effetti neurobiologici del trauma precoce. Relativamente all'aver assistito alla violenza domestica sono state trovate alterazioni nella sostanza bianca cerebrale a livello del fascicolo longitudinale inferiore: questo collega la corteccia del lobo occipitale alla corteccia del lobo temporale e forma parte della via visivo- limbica. Queste anomalie sono correlate all'ansia, alla dissociazione e alla depressione. Ulteriori conseguenze, concludendo il paragrafo, possono essere l'alessitimia: il non essere in grado di percepire e comunicare quello che succede dentro di noi; "questo è il prodotto dell'aggressione proveniente dalle sensazioni corporee e dall'eliminazione consapevole dell'origine delle stesse. ... il trauma fa sentire le persone come se fossero in qualche altro corpo, o come in nessun corpo. Per superare il trauma, si ha bisogno di aiuto per tornare in contatto con il proprio corpo, con il proprio Sé" (Bessel Van der Kolk, 2020). Approfondiamo ora i modelli relazionali violenti trasmessi dai genitori ai figli.

1.2.3 I MODELLI RELAZIONALI VIOLENTI

Ora, dopo un breve approfondimento dei modelli relazionali violenti che si possono acquisire vivendo in situazioni di violenza intrafamiliare, affronteremo la questione di quali trattamenti ed interventi attualmente vengono e possono essere somministrati, principalmente al/ai figlio/figli e al genitore vittima di violenze.

Iniziando ad approfondire il tema dei modelli relazionali violenti in primis porto una citazione di Di Blasio (2009): "le famiglie caratterizzate da violenza cronica e continuativa hanno un livello elevato di confusione e di caoticità, e sono caratterizzate da mancanza di confini, imprevedibilità nelle regole, modelli

educativi inesistenti ed episodici, aspettative irrealistiche di ricevere a loro volta cure da parte dei figli anche se piccoli, tendenza a parentificare i figli”.

Secondo Luberti e Grappolini (2017) quello che possono apprendere i bambini vivendo in famiglie che li espongono alla violenza assistita sono le seguenti: normalizzare la violenza nelle relazioni affettive, l'espressione dei pensieri, emozioni, sentimenti e opinioni può essere pericolosa, può emergere nei bambini il disprezzo per le donne e persone percepite deboli, possono strutturare modalità aggressive fondate sull'uso del potere nella relazione. L'esposizione alla violenza può anche inibire nei bambini le normali valenze aggressive, per la paura e il senso di colpa associati a rabbia, odio e risentimento, ai quali essi non possono permettersi di accedere, “oppure può determinare la normalizzazione dei comportamenti a cui hanno assistito (Montecchi, Bufacchi & Viola, 2002). Possono non essere in grado di definire la linea di confine tra comportamento lecito e illecito, con facilità di passaggio dallo scontro verbale a quello fisico, e possono essere incapaci di concepire un conflitto senza violenza fisica.” (Luberti & Grappolini 2017).

Per quanto riguarda la relazione tra figlio maschio e padre violento, citando Luberti e Grappolini, “i bambini possono venire minacciati di essere sottratti alla madre e/o che essa sarà uccisa; diventare confidenti del padre rispetto a sue relazioni extraconiugali, o essere coinvolti in veri e propri riti d'iniziazione a una sessualità maschile adulta e predatoria, ma presentata come unica e normale espressione di virilità”. In aggiunta, come affermato da Di Blasio, (2000), i maschi, se hanno assistito a violenze tra genitori o hanno subito abuso fisico o sessuale, possono presentare un rischio maggiore di perpetrare violenza sessuale.

Altrimenti, al contrario, i bambini possono, così come il genitore maltrattato, pensare costantemente a come calmare il genitore maltrattante ma anche a prendersi cura del genitore aggredito rifiutando di lasciarlo solo e controllando le sue attività, manifestando comportamenti che oscillano tra protezione della madre a controllo e ostilità verso di lei (Luberti & Grappolini, 2017).

Citando Malacrea (2006) “i bambini maltrattati subiscono maggiori rifiuti da parte

dei coetanei, a causa dei loro problemi comportamentali, di aggressività, delle condotte antisociali ed esternalizzate, della difficoltà di regolazione emotiva e della tendenza ad attribuire agli altri intenzioni ostili”.

Secondo lo studio nelle carceri svolto da Dutton e Hart, (1992), gli uomini che avevano commesso crimini violenti in famiglia hanno riferito di aver maggiormente assistito a situazioni di violenza nella loro famiglia d'origine, se confrontati con uomini che invece hanno commesso crimini violenti verso estranei o crimini non caratterizzati da aggressioni violente. Invece, secondo lo studio canadese di Stout (1993), nel 40% dei casi di omicidi commessi da uomini sulle partner, gli aggressori hanno avuto una storia familiare caratterizzata dalla violenza assistita.

Citando Luberti e Grappolini (2017), secondo lo studio ACE, nelle femmine, l'aver assistito a violenza domestica in infanzia aumenta molto il rischio che poi da adulte subiscano violenza nelle relazioni intime. Nell'età adulta gli effetti a lungo termine sono: disturbi internalizzanti ed esternalizzanti, colpa, vergogna, bassa autostima, dipendenza, abuso di sostanze, difficoltà di autoprotezione, difficoltà genitoriali come scarsa protettività o atteggiamento iper-ansioso, trascuratezza fisica ed emotiva e infine i disturbi di personalità borderline, narcisistico ed antisociale.

Come affermato da Cancrini (2012), nei disturbi antisociale o narcisistico il meccanismo difensivo principalmente è relativo alla negazione dei bisogni degli altri e il mondo è solo un oggetto dei desideri, un luogo dove scatenare l'aggressività. Nei soggetti con queste caratteristiche, vi è una condizione a metà tra il funzionamento borderline e quello psicotico, relativamente al mantenimento o perdita del principio di realtà. Da una parte quest'ultimo viene perduto in quanto il mondo esterno è un prolungamento di quello interno e la violenza è normalizzata, mentre sembra mantenuto perché il modo di agire appare lucido, organizzato.

Citando Salerno e Giuliano (2012 p. 74) “tra le numerose riflessioni degli autori sulle origini della violenza, di particolare interesse sono quelle relative alla trasmissione intergenerazionale. In particolare, uomini e donne coinvolti in IPV (intimate partner violence) sembrano aver sperimentato nelle loro famiglie

d'origine abusi e maltrattamenti diretti o indiretti; quest'ultima circostanza è definita violenza assistita”.

Continuando con quanto affermato da Salerno e Giuliano, (2012) “le ricerche condotte nell’ambito della trasmissione intergenerazionale della violenza domestica, rimandano spesso alla “Social Learning Theory” (Bandura, 1977; Corvo, Dutton e Chen, 2008; Whiting et al., 2009): gli atti di violenza fisica, sessuale e psicologica rappresenterebbero comportamenti “appresi” nel contesto di apprendimento primario, ovvero la famiglia (Kernsmith, 2006)”.

Inoltre, “Secondo Bandura (1977), l’individuo così come modella il suo comportamento sulla base di ciò che osserva durante l’infanzia dalle figure di riferimento, è probabile anche che si orienti verso i comportamenti che conducono ad un effetto desiderato. In queste famiglie, afferma Kerley et al. (2010) l’individuo apprende il significato da attribuire alle azioni violenze, che la violenza può risolvere i problemi e che è una soluzione preferibile rispetto alle altre” (Salerno & Giuliano, 2012).

Parlando di trasmissione transgenerazionale, afferma Kaes (2013, p. 248): “le pratiche di trasmissione nascono con l’umanità, fanno l’umanità: trasmissione da una generazione a un’altra di saperi, tecniche, di miti e di credenze, ma anche di contenuti e di processi psichici”. Il bambino, infatti, diventa “il ricettore dei complessi genitoriali, del loro impensato, della loro nevrosi, delle loro sofferenze e dei loro lutti non elaborati” (Kaes, 2013, p. 251).

Concludendo, in breve per quanto riguarda il pensiero di Kaes (2013, p.145) “le alleanze inconsce sono organizzazioni metapsichiche: si inscrivono in maniera fondamentale nella formazione e nello spazio psichico del legame intersoggettivo. Che siano strutturanti, offensive o difensive, o che derivino in catene alienanti e psicopatologiche, le alleanze inconsce sono il cemento della materia psichica che ci lega gli uni agli altri nello spazio psichico comune e condiviso, fra i membri di una famiglia, ... Preesistono al neonato e producono i loro effetti al di là dei soggetti, delle circostanze e del momento che le hanno rese necessarie e che le

hanno modellate: sono l'agente e la materia della trasmissione della vita psichica tra le generazioni e tra i contemporanei”.

Concludo questo paragrafo riportando una citazione di Fraiberg (1999) dal libro <il sostegno allo sviluppo> “Nella stanza di ogni bambino ci sono dei fantasmi. Sono i visitatori del passato non ricordato dei genitori; gli ospiti inattesi al battesimo. Nelle migliori situazioni questi visitatori, ostili e non invitati, vengono cacciati dalla stanza dei bambini e ritornano alla loro dimora sotterranea. Il bambino fa la sua imperativa richiesta di amore al genitore e, proprio come nelle fiabe, i legami d'amore proteggono il bambino e i suoi genitori dagli intrusi, i fantasmi maligni. Questo non vuol dire che i fantasmi non possono causare guai dalle loro tombe. Persino nelle famiglie dove i legami affettivi sono stabili e forti in un attimo di disattenzione dal passato dei genitori gli intrusi possono irrompere nel cerchio magico, così che un genitore e il suo bambino possono trovarsi a rappresentare un momento o una scena di un altro tempo con un'altra compagnia di attori. Tali eventi sono irrilevanti nel teatro familiare e né il bambino né i genitori né il loro legame vengono necessariamente messi in pericolo da una breve intrusione. [...] In altre famiglie ancora possono verificarsi eventi più disturbanti nella camera dei bambini da intrusi provenienti dal passato. Ci sono, sembra, alcuni fantasmi di passaggio che selettivamente si installano nella stanza dei bambini. Sembrano far danno secondo un piano storico o tematico, specializzandosi in aree quali alimentazione, sonno, controllo sfinterico o disciplina, a seconda della vulnerabilità del passato dei genitori”.

1.2.4 I TRATTAMENTI PER I BAMBINI/ADOLESCENTI VITTIMA DI VIOLENZA ASSISTITA

Secondo il Cismai (2005) la cura deve sempre avvenire attraverso protezione e valutazione, comprende: cure mediche, psicologiche, interventi psicoeducativi, home visiting, interventi di sostegno (educativi, scolastici, contributi economici, lavorativi, legali) sia adeguati alle necessità quotidiane di vita, sia nel momento di

urgenza ma anche nella progettazione, programmazione ed organizzazione mirate alla costruzione di un assestamento futuro positivo.

Citando Luberti e Grappolini (2017) le tipologie di interventi sono i seguenti: presa in carico della diade madre-bambino con obiettivo facilitare la comunicazione e ridefinizione dell'esperienza traumatica e vissuti connessi, individuando anche eventuali interpretazioni distorte di quanto avvenuto attribuendo le giuste responsabilità degli agiti violenti, individuando inoltre le risorse residue e abilità conservate per potenziare l'adattamento positivo alle future situazioni; gruppi terapeutici per mamme e bambini per riconoscere e contrastare la colpa della rottura del "segreto" familiare, individuando sia i comportamenti violenti e spaventosi, sia per normalizzare e legittimare i vissuti emotivi, individuando anche strategie di autoprotezione e di coping; psicoterapia per il bambino incentrata sul trauma sia per guarire sia per prevenire esiti psicopatologici anche a medio e lungo termine e psicoterapia per la madre che ha subito maltrattamento (per entrambi anche l'utilizzo dell'EDMR, metodo strutturato efficace per l'elaborazione degli eventi traumatici); infine, trattamento del maltrattante (previa messa in sicurezza stabile delle vittime) che consistono in un lavoro integrato tra Servizi per la tutela dei minori, Servizi contro la violenza alle donne, Servizi per le tossicodipendenze, alcolologia, Servizi di psichiatria per adulti, forze dell'ordine, magistratura.

Ponendo il focus sul bambino vittima di violenza assistita, "in contesti terapeutici o psicoeducativi si può continuare a parlare con il piccolo paziente del suo funzionamento psicologico, delle «buone ragioni» dello stesso e del possibile cambiamento attraverso una varietà di strumenti, di efficacia ormai comprovata, che aiutino a maneggiare contenuti così complessi ed emotivamente coinvolgenti". (Luberti & Grappolini, 2017). Alcuni esplicitamente insegnano al bambino a conoscere sé stesso come, ad esempio, il libro intitolato "Parliamo di te" di Malacrea e Pessina (2008): descrive in maniera chiara e con l'utilizzo di personaggi dei cartoni animati come si caratterizzano i funzionamenti post-traumatici e le relative modalità di coping; la modalità usata è quella di paragonare le opposte reazioni di due bambini ipotetici ad uno stesso evento sfavorevole

spiegando i diversi stili di coping. Infine, la parte finale del libro aiuta il bambino nel riconoscimento di cosa sia per lui un riattivatore traumatico e in quei frangenti cosa lo possa far sentire al sicuro di nuovo.

Successivamente potremmo citare “il «Libro CASCo» (acronimo per Cognizioni, Affetti, Sensazioni, Comportamenti; adattato da Grotzky, Camerer e Damiano, 2000), che mira, attraverso pagine prestampate da compilare, ad aiutare la piccola vittima a tenere insieme quando è di solito abituata a dissociare, e cioè quello che, pensando alla esperienza traumatica, le accade a livello della mente, del cuore, del corpo e dell’azione” (Luberti & Grappolini, 2017).

Parlando ora della psicoterapia per un bambino che è stato vittima di violenza assistita, è importante sottolineare, come affermato da Luberti e Grappolini (2017, p. 257), che la prima imprescindibile tappa da raggiungere nel lungo e complesso cammino per riparare al trauma, è quella di ripristinare una condizione di sicurezza che possa far cessare l’allarme e favorire un lavoro psicologico di rielaborazione. Fino a che la sicurezza non verrà ripristinata, il sistema di difesa resterà attivo ed inibirà le funzioni mentali superiori che permettono l’integrazione degli schemi cognitivi con quelli emozionali. Infatti, la vita, secondo Luberti e Grappolini (2017) non fluisce in modo lineare e tranquillo e costantemente ci pone davanti alla necessità di “intraprendere nuove strade, di fermarci, di fare delle scelte prima non considerate e, in altri termini, ci richiede di adattarci alla mutevolezza delle situazioni. Impariamo, con il tempo, che quel senso di sicurezza e di prevedibilità che, se siamo stati fortunati, abbiamo sufficientemente sperimentato durante l’infanzia, è illusorio ma, paradossalmente, è proprio quell’illusorietà che ci fornisce gli strumenti necessari a fronteggiare il cambiamento e la difficoltà”.

Come affermano Luberti e Grappolini (2017) la “base sicura” è quella da cui partiamo per andare ad esplorare il mondo e ci dà l’opportunità di inserire l’imprevedibilità degli eventi della vita dentro ad un sistema di significato e potendola affrontare, generiamo possibilmente nuove abilità e nuove acquisizioni semantiche. Questo è ciò che alimenta la resilienza, essa contribuisce alla creazione di qualcosa che nutre la capacità di adattamento, ossia la flessibilità di

risposta: più è ampia la gamma di opzioni che abbiamo per rispondere alle domande nuove che la vita ci pone man mano, più elevata sarà la nostra capacità di adattamento.

Per poterci adattare realmente alle sfide dell'esistenza, è necessario aver esperito un attaccamento sufficientemente sicuro, funzionale a vivere appieno e come dice Amos Oz citando John Donne, relativamente alla nostra natura di penisole: "nessun uomo e nessuna donna è un'isola, siamo invece tutti penisole, per metà attaccate alla terraferma e per metà di fronte all'oceano, per metà legati alla famiglia e agli amici e alla cultura e alla tradizione e al paese e alla nazione e al sesso e alla lingua e a molte altre cose. Mentre l'altra metà chiede di essere lasciata sola di fronte all'oceano. Credo che ci si debba dare il diritto di restare penisole [...] la condizione di penisola è quella congeniale" (Oz, 2004).

Citando Luberti e Grappolini (2017) "Un aspetto centrale nel percorso terapeutico riguarda il vissuto di allarme, la preoccupazione e la paura, il sentimento di precarietà e di pericolo che talvolta possono essere così forti e intensi da «contagiare» il terapeuta stesso. Quando si lavora con bambini così gravemente traumatizzati, il controtransfert traumatico non può essere ignorato né affrontato da soli". La letteratura, sottolineano Luberti e Grappolini (2017), mostra come sia essenziale per il percorso clinico che vi sia una vicinanza empatica con la vittima, tuttavia, bisogna tener sempre presente che per poter sostenere e affiancare il bambino all'interno del suo percorso di rielaborazione del trauma, il terapeuta dev'essere necessariamente in grado di riconoscere e gestire le proprie emozioni sebbene possano causare disagio. Per questa ragione diventa importante gestire correttamente il controtransfert traumatico, perché altrimenti un rischio è di prendere distanza dai dolorosi vissuti emotivi che la vittima porta nella seduta. Anche in questi casi il lavoro di equipe e confrontarsi con i colleghi diventa essenziale per poter contenere nella mente il dolore del bambino e non agire con comportamenti difensivi di evitamento.

Un obiettivo "secondario", dopo la messa in sicurezza, è relativo alla ridefinizione di trauma di Peter A. Levine (2005) «non è quello che ci succede, ma quello che

ci teniamo dentro quando non abbiamo un testimone empatico». Come dice Cyrulnik (2011), “compito di un terapeuta è dunque anche quello di trovare altri «tutori di resilienza», sapere quindi attivare la «rete» che può generare queste imprescindibili premesse. La stabilizzazione e la messa in sicurezza per il bambino passano dunque, inevitabilmente, attraverso quelle di altre figure significative, in primo luogo la madre”, definita come «il fattore principale per il risanamento della vittima (Everson et al., 1989).

Come affermano Luberti e Grappolini (2017) l’OMS, infatti, indirizza i terapeuti in questi casi a progettare una psicoterapia basata sul modello ecologico di intervento di Brofenbrenner: dal momento che le situazioni caratterizzate da violenza sono l’esito di interazioni di molti fattori (individuale, relazionali, sociali, culturali e ambientali), è importante che nel momento in cui si va riparando il danno si tenga conto di agire a questi livelli. Dopo aver posto come focus principale il bambino con cui rielaborare gli eventi traumatici, i quali se non trattati potrebbero fissarsi in modelli operativi che successivamente modificano la percezione della realtà e della figura adulta di riferimento, spesso la madre, e permettere lei che possa offrire un’esperienza emozionale correttiva.

Ora andremo ad approfondire l’utilizzo delle terapie legate al corpo.

Alcuni esempi di psicoterapie potrebbero essere quelle legate al corpo. La prima, la Psicoterapia Sensomotoria, è stata sviluppata da Pat Odgen negli anni Ottanta e inserisce gli aspetti somatici nel contesto della terapia. È un “approccio mente-corpo fortemente unificato, che utilizza sia interventi bottom-up sia top-down, facendo sì che tutte le dimensioni dell’esperienza umana vengano incluse (Giannantonio, 2014); il terapeuta stimola il paziente a essere curioso e interessato a come le abitudini posturali e le risposte corporee del passato continuino a esercitare la loro influenza nel presente, e a come cambiare queste risposte per consentire al paziente stesso un funzionamento più flessibile e adattivo nel presente e nel suo modo di intendere il futuro” (Luberti & Grappolini, 2017).

Altre sono ad esempio la tecnica EDMR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) per l'elaborazione dei traumi, la analisi bioenergetica di Lowen o la mindfulness di Kabat-Zinn. Andremo di seguito ad approfondire queste tecniche. La tecnica EDMR, citando la definizione dal sito Associazione per l'EDMR, pone un focus sul ricordo dell'esperienza traumatica ed è una metodologia che “utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra per trattare disturbi legati direttamente a esperienze traumatiche o particolarmente stressanti dal punto di vista emotivo. ... Dopo un trattamento EMDR il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress: non si riscontrano più gli aspetti di intrusività dei pensieri e ricordi, i comportamenti di evitamento e l'iperarousal neurovegetativo verso stimoli esterni percepiti come pericolo”.

Approfondendo, come afferma Bessel Van der Kolk, (2020), l'EDMR integra il materiale traumatico e dopo il trattamento, "il trauma viene percepito come un evento coerentemente situato nel passato e non più sotto forma di sensazioni e immagini staccate dal contesto. I ricordi evolvono e cambiano, sono sottoposti, cioè, a un lungo processo di integrazione e reinterpretazione che avviene in modo automatico nel cervello/mente, senza intervento alcuno da parte del sé conscio. Una volta completata l'elaborazione, l'esperienza si integra con gli altri eventi di vita e smette di avere vita propria”.

Parlando ora invece della mindfulness, nel 1979 Jon Kabat-Zinn sviluppò un protocollo chiamato Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), consistente in una straordinaria combinazione di tre tecniche: zen, hatha yoga e vipassana.

Kabat-Zinn definì la mindfulness come “la consapevolezza che sorge quando si presta volutamente attenzione a qualcosa, nel momento presente, in assenza di giudizio. Rimanere del presente evitando le distrazioni correlate al passato e al futuro ed evitando di formulare giudizi” (Goleman, Kabat-Zinn, Rinpoche e Saron, C. (2017).

Come affermato da Ortiz e Sibinga, (2017) “il protocollo MBSR si è dimostrato efficace anche nella riduzione di depressione e ansia, potenziando inoltre le abilità

di coping, sia in età adulta che in infanzia: sembrerebbe migliorare la qualità della vita e mitigare l'effetto di stress e traumi connessi a vissuti di tipo disfunzionale". Altri benefici che sono stati riscontrati sono i seguenti: riduzione dell'ansia, della depressione e dei sintomi post-traumatici (Zoogman et al., 2015); aumento dell'autostima e della resilienza (Burke, 2010); miglioramento della qualità del sonno, con effetti positivi anche sulla regolazione emotiva diurna (Black et al., 2009).

Come sottolineato da Greenberg e Harris (2012), "la pratica della mindfulness nei bambini è associata a miglioramenti significativi nel comportamento emotivo e sociale, inclusa una maggiore consapevolezza delle emozioni e una migliore capacità di gestione dello stress."

L'analisi bioenergetica di Alexander Lowen, infine, è una metodologia unica che combina la psicoterapia verbale a quella corporea e in cui "il concetto di integrazione è basato sul fatto che mente e corpo formano un'unità. Noi siamo i nostri pensieri, emozioni, sensazioni, impulsi ed azioni; il processo regressivo e il successivo processo di consapevolizzazione, vengono fortemente stimolati e favoriti proprio dal coinvolgimento unitario dell'organismo, ovvero a livello sia psichico che somatico.". Qui, l'obiettivo primario è di "ristabilire il libero movimento dell'energia del corpo, intervenendo in modo mirato sui blocchi energetico / emozionali" tratto dal sito 'Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica'.

Concludo questo paragrafo riportando la citazione di Malacrea (2010):

"La cura, nelle situazioni di trauma infantile, non può che articolarsi intorno a due pilastri sinergici, che hanno il compito da un lato di destabilizzare quanto è fissato dei modelli operativi post-traumatici e dall'altro di condurre il soggetto a riprovare esperienze di attaccamento positive; la psicoterapia e la promozione di un'esperienza riparativa, fattuale ed emozionale; pilastri che ben si accordano con gli articolati piani dell'intervento «ecologico» [...] Così accade che, se la psicoterapia è funzionale a promuovere l'esperienza emozionale riparativa, perché, cambiando il sistema dei significati della vittima, tale buona esperienza viene resa

per lei riconoscibile e desiderabile, questa è a sua volta funzionale alla psicoterapia, che non produrrebbe stabili e profonde modificazioni dell'assetto cognitivo ed emotivo senza la «prova del nove» che la nuova realtà [...] esiste davvero ed è sperimentabile” (Luberti e Grappolini, 2017).

1.3.1 IL CO-PARENTING: NASCITA DEL MODELLO DI FEINBERG E LA COPARENTING RELATIONSHIPS SCALE (CRS)

Si prosegue ora illustrando il costrutto di co-parenting.

Citando Feinberg (2003) è “ormai chiaro da tempo che la relazione coniugale o di coppia è strettamente correlata alla genitorialità e all'adattamento dei figli. Vent'anni fa, stimati scienziati, basandosi su una crescente letteratura, hanno concluso che il miglior predittore familiare dei problemi comportamentali dei bambini è la discordia coniugale (Emery, 1982; Hetherington, Cox e Cox, 1982)”. Sempre secondo Feinberg (2003) un'idea esplicita di cogenitorialità è emersa da due fonti: “i teorici dei sistemi familiari hanno descritto come il sottosistema esecutivo, composto dai genitori nel loro ruolo di co-gestori dei comportamenti e delle relazioni dei membri della famiglia, regoli le interazioni e i risultati familiari (Framo, 1972; P. Minuchin, 1985; S. Minuchin, 1974)”. Nella seconda, relativa ai teorici delle relazioni oggettuali, “Weissman e Cohen (1985, p. 25) hanno descritto come la relazione o alleanza di cogenitorialità, attraverso il riconoscimento e il rispetto che ciascun genitore dimostra per la genitorialità dell'altro, possa contribuire a sostenere l'autostima dei genitori quando sono stressati dalle frustrazioni e dalle tensioni apparentemente infinite che si verificano nelle numerose contingenze della genitorialità” (Feinberg 2003).

La co-genitorialità, secondo Feinberg (2003), è un termine che spiega le modalità con cui le figure genitoriali si relazionano tra di loro attraverso il ruolo di genitori. Non include infatti gli aspetti romantici, sessuali, emotivi, finanziari, di coppia o legali della relazione tra gli adulti in quanto non riguardano l'educazione dei figli. Il termine cogenitorialità si verifica qualora vi siano responsabilità sovrapposte o condivise nell'educazione dei figli e riguarda il supporto e coordinamento o l'assenza di questi due aspetti. Inoltre, la cogenitorialità non obbligatoriamente implica che i genitori siano o debbano essere pari per autorità o responsabilità: l'uguaglianza nella relazione è dato da ciascun diverso caso di coppia genitoriale e viene influenzata dai fattori sociali e culturali i cui la coppia genitoriale vive.

Come affermato da Feinberg (2003) diversi studiosi hanno sottolineato che “non tutti i genitori che hanno una relazione in crisi mostrano comportamenti di cogenitorialità negativi; e non tutti i genitori che mostrano comportamenti di cogenitorialità negativi sono insoddisfatti della loro relazione nel complesso (Cowan & McHale, 1996; Van Egeren, 2000). Pertanto, il disagio co-genitoriale non è sinonimo di disagio relazionale, né la co-genitorialità di supporto è sinonimo di intimità relazionale (Feinberg, Reiss e Hetherington, 2003; Frank, Jacobson e Hole, 1986; Gable, Belsky e Crnic, 1995; McHale, Kuersten-Hogan et al., 2000; Russell e Russell, 1994)”.

Feinberg (2003) ha sviluppato un modello di co-genitorialità attraverso quattro domini sovrapposti ed una spiegazione teorica di come la co-genitorialità abbia un ruolo significativo nell’adattamento di entrambi i genitori, nella loro relazione affettiva e nel benessere dei loro figli; i quattro domini sono i seguenti: l’accordo sull’educazione dei figli, il sostegno/indebolimento co-genitoriale, la divisione del lavoro e la gestione congiunta delle dinamiche familiari.

Osservando il *primo dominio*, l’accordo sull’educazione dei figli, non ci si riferisce alle dinamiche tra genitori bensì alla somiglianza o meno relativa alle opinioni su come dei genitori devono allevare i figli. Feinberg (2003) inserisce in questo primo dominio i valori morali, le aspettative comportamentali e la disciplina, i bisogni emotivi dei bambini, gli standard e le priorità educative, la sicurezza e le relazioni con i coetanei.

Qualora non ci sia accordo tra i genitori in questo primo aspetto, si alza la probabilità di conflitto tra loro e per avere una stabilità nella co-genitorialità sarà necessario trovare continuamente compromessi e negoziazioni sostanziali. Come affermato da Feinberg e Brown (2012) “Il disaccordo sull’educazione dei figli è stato collegato ai problemi comportamentali dei bambini nel periodo prescolare e della scuola materna (Block, Block e Morrison, 1981; Deal, Halverson e Wampler, 1989), durante l’adolescenza (Feinberg, Kan e Hetherington, 2007), nonché longitudinalmente in questi periodi (Vaughn, Block e Block, 1988)”. Secondo Feinberg (2003) “oltre ai problemi comportamentali infantili, è stato dimostrato che

il disaccordo educativo è anche collegato al ragionamento morale, alla socievolezza e all'alienazione dei ragazzi, e invece nelle ragazze è legato alla fiducia in se stessi, responsabilità, competenze sociali, capacità di affrontare le avversità e libera espressione (Vaughn, Block e Block, 1988)".

Proseguendo verso il *secondo dominio*: citando Feinberg e Brown (2012) "il sostegno coparentale include l'affermazione della competenza dell'altro genitore come genitore, il riconoscimento e il rispetto dei contributi dell'altro genitore e il sostegno sia nelle sue decisioni genitoriali che nell'autorità genitoriale (Belsky, Woodworth e Crnic, 1996; McHale, 1995; Weissman e Cohen, 1985).

Inoltre, "la controparte negativa del sostegno si esprime attraverso indebolire l'altro genitore con critiche, denigrazione e biasimo. Alcuni genitori adottano un approccio competitivo in cui un guadagno per uno in autorità o calore con il bambino è una perdita per l'altro (Ihinger-Tallman, Pasley e Beuhler, 1995)" (Feinberg & Brown, 2012).

Feinberg e Brown (2012) sostengono l'importanza di questo dominio in quanto le dinamiche di sostegno/indebolimento co-genitoriale si è visto che sono correlate a risultati genitoriali ed infantili come l'autoefficacia genitoriale, lo stress e la depressione; allo sviluppo della coscienza; ai problemi di adattamento e comportamento dall'infanzia all'adolescenza (Abidin & Brunner, 1995; Bronte-Tinkew, Horowitz e Carrano, 2010; Dorsey, Forehand e Brody, 2007; Feldman, Masalha, & Derdikman-Eiron; Floyd & Zmich, 1991; Jones, Forehand, Brody e Armistead, 2002).

Proseguendo col *terzo dominio*, secondo Feinberg e Brown (2012) la suddivisione nel lavoro di cura dei figli è legata a come i genitori percepiscono le proprie responsabilità, se e quanto si sentono supportati nel ruolo genitoriale e i livelli di stress e depressione genitoriale. Inoltre, alcune ricerche hanno dimostrato che la soddisfazione dei genitori per il modo in cui le responsabilità relative a prendersi cura dei figli vengono suddivise e condivise, è ben più importante del carico effettivo di lavoro per ciascun genitore (Belsky & Hsieh, 1998; Hackel & Ruble, 1992; Kalmuss, 1992).

Infine, il quarto dominio, la gestione congiunta delle dinamiche familiari da parte dei genitori. Secondo Feinberg (2003), “la gestione delle interazioni familiari è un'importante responsabilità del sottosistema esecutivo dei genitori e può essere vista come estesa in almeno tre ampie direzioni. In primo luogo, i genitori sono responsabili del controllo dei propri comportamenti e della comunicazione reciproca. Alcuni comportamenti interparentali, in particolare l'ostilità violenta reciproca, influenzano la genitorialità e i figli”. In secondo luogo, i comportamenti ed atteggiamenti dei genitori influenzano le relazioni, quindi, possono coinvolgere o escludere altri membri della famiglia nella relazione tra i due genitori; come terzo aspetto invece “anche in assenza di conflitti evidenti o altre interazioni problematiche, i genitori variano nel grado in cui contribuiscono in modo equilibrato alle interazioni dell'intera famiglia. In altre parole, i genitori possono trovare un equilibrio in termini di coinvolgimento in interazioni triadiche o più ampie, oppure uno può prendere l'iniziativa e l'altro può ritirarsi” (Feinberg, 2003). Proseguendo questo paragrafo, dopo aver mostrato una iniziale spiegazione del fenomeno del modello di cogenitorialità di Feinberg del 2003, ora affrontiamo il tema del conflitto e coalizioni.

I cogenitori, secondo Feinberg (2003) a fronte di eventuali tensioni latenti, hanno comunque il compito di impedire che le tensioni portino i figli al centro dei conflitti tra genitori e impedendo dunque che i figli debbano schierarsi o essere coinvolti eccessivamente nel processo decisionale genitoriale. Conseguenza di conflitti potrebbe essere la triangolazione del figlio in una coalizione genitore-figlio, che può essere palese o nascosta (Ihinger-Tallman et al., 1995; McHale, 1997; Minuchin 1985). La triangolazione si verifica quando i confini intergenerazionali sono sempre più sfumati e si utilizzano i figli come pedine o alleati all'interno del conflitto con l'altro genitore, invece di tenere i figli in uno stato neutrale (Feinberg 2003).

Feinberg (2003) ipotizza che nonostante non fosse chiaro in che direzione, è probabile che il conflitto tra i co-genitori porti alla triangolazione che a sua volta porta effetti negativi nel bambino. A sostegno di questa ipotesi, Feinberg (2003)

afferma “le prove disponibili supportano questa ipotesi: la triangolazione dei figli è correlata all'insoddisfazione coniugale sia per i genitori di bambini in età prescolare che per i preadolescenti (Margolin et al., 2001). ... Inoltre, diversi ricercatori sulla famiglia hanno descritto gli effetti negativi dei processi di triangolazione e di ricerca di capri espiatori all'interno delle famiglie (Christensen e Margolin, 1988; Jacobvitz e Bush, 1996; Kerig, 1995; Lindahl et al., 1998; Maccoby, Buchanan, Mnookin e Dornbusch, 1993; Minuchin et al., 1978; Vuchinich, Emery e Cassidy, 1988)”.

In seguito, Feinberg e colleghi (2012) hanno progettato e validato la Coparenting Relationship Scale (CRS), una misura più completa in grado di cogliere gli aspetti multidimensionali della cogenitorialità.

Il CRS può essere utilizzato per famiglie con bambini dall'infanzia all'adolescenza ed è composto da 35 item, valutati su una scala Likert a 7 punti, che misura sette sottoscale:

- “accordo di co-genitorialità (quattro item) valuta il grado di accordo su questioni relative alla cura e all'educazione del bambino;
- (2) vicinanza di co-genitorialità (cinque item) valuta il grado in cui la co-genitorialità ha migliorato l'intimità e rafforzato la relazione di coppia;
- (3) sostegno di co-genitorialità (sei item) valuta la percezione del supporto di co-genitorialità da parte del partner;
- (4) approvazione della genitorialità del partner (sette item) valuta l'atteggiamento positivo del soggetto nei confronti della genitorialità del partner;
- (5) indebolimento della cogenitorialità (sei item) valuta la percezione che la relazione co-genitoriale sia regolata da critiche, sensi di colpa e competizione tra i genitori;
- (6) esposizione al conflitto (cinque item) si concentra sul fatto che i genitori esponano il bambino ai propri conflitti;

- (7) divisione del lavoro (due item) misura la soddisfazione per il contributo e il coinvolgimento del partner nella crescita dei figli.” (Camisasca, Di Blasio, Traficante, Lombardi, Balzarotti, Marelli, Bavagnoli, Miragoli, 2023).

1.3.2 LA RELAZIONE GENITORE-BAMBINO

Proseguiamo ora affrontando il tema della cogenitorialità e la Lausanne Trilogue Play per valutare la triade familiare.

Secondo Bornstein (2002) la genitorialità riguarda “i comportamenti di cura della prole sovraordinate e universali, sebbene il modo in cui vengano messi in atto vari tra le diverse culture sia in termini quantitativi (frequenza e durata) sia qualitativi (interazione e significato); al suo interno sono compresi i comportamenti nurturant o protezione familiare, comportamenti di accudimento fisico, di stimolazione sociale, didattica e di accudimento materiale.”

Un concetto connesso è la funzione genitoriale che, nello specifico, si intende “l’insieme di competenze complesse e in evoluzione che riguardano la capacità di ogni individuo di prendersi cura e proteggere un’altra persona che, per età, livello di sviluppo, condizioni fisiche e/o psichiche necessiti di qualcuno in grado di leggere i suoi bisogni e di soddisfarli adeguatamente” (Simonelli, 2014).

Focalizzandoci sulla genitorialità e sulla prospettiva dell’interazione tra madre-bambino-padre, se nel corso della storia la psicologia dello sviluppo ha sempre posto un focus sulla diade madre-bambino, più recentemente ha iniziato ad assumere sempre più rilievo la diade padre-bambino e “la consapevolezza che, in realtà, il piccolo si trova spesso all’interno di un contesto in cui sono presenti più caregiver. A partire dagli anni Settanta, infatti, grazie al diffondersi dell’approccio ecologico dello sviluppo di Bronfenbrenner, gli psicologi si sono sempre più interessati al microsistema in cui il bambino definisce le sue connessioni relazionali” (Goldin 2020).

Secondo Simonelli, Bighin e De Palo (2012) “L'interazione neonato-genitore è al centro dell'interesse dei modelli relazionali interattivi precoci nella prospettiva triadica. Questo approccio considera l'interazione madre-padre-bambino come la matrice delle competenze precoci, che iniziano a svilupparsi ben prima del parto. Questo approccio teorico ha generato un paradigma di osservazione, il Lausanne Trilogue Play (LTP; E. Fivaz-Depeursinge & A. Corboz-Warnery, 1999)”.

Il Lausanne Trilogue Play di Fivaz e Warney (1999) è uno strumento di osservazione macro-analitico durante una situazione ludica semi-standardizzata in cui l'unità familiare è composta da padre, madre e bambino.

Secondo Favez, Frascarolo e Tissot (2017) “l'obiettivo dell'LTP per genitori e bambino è quello di giocare insieme, divertendosi e condividendo un momento piacevole. Il suo scenario è strutturato in quattro parti, che mirano a far attraversare alla triade tutte le possibili configurazioni delle interazioni triadiche quotidiane (Corboz-Warnery et al., 1993)” : nella prima, un genitore gioca con il bambino mentre l'altro genitore è in una posizione di terzo, come partecipante-osservatore; nella seconda i genitori si scambiano i ruoli; nella terza i tre partner giocano insieme; nella quarta genitori discutono tra loro, mentre il bambino è nella posizione di partecipante-osservatore.

Secondo Simonelli (2012) “l'obiettivo del gioco a tre è un'esperienza condivisa di affetti positivi, indipendentemente da eventuali momenti transitori di stati affettivi negativi (ad esempio, stanchezza, frustrazione, ecc.). La capacità di regolare gli affetti come gruppo è uno dei fondamenti della comunicazione familiare”.

Inoltre, “l'LTP consente non solo di valutare il coordinamento tra i due genitori e le altre due subunità diadiche della famiglia (madre-figlio e padre-figlio), ma anche il coordinamento della famiglia nel suo complesso” (Simonelli et al. 2012).

Inoltre, come affermato da Simonelli (2012), Fivaz-Depeursinge e Corboz-Warnery (1999) hanno precedentemente affermato che per il raggiungimento dell'obiettivo del gioco a tre, i partner svolgono tre importanti funzioni integrate, ossia: la partecipazione (tutti i partner sono inclusi), l'organizzazione (i partner mantengono i rispettivi ruoli di attivo vs. partecipante-osservatore) ed infine la

focalizzazione (i partner condividono un focus comune). “Il grado di coordinamento che raggiungono nell'adempimento di queste funzioni determina la loro alleanza familiare” (Fivaz & Corboz, 1999).

Fivaz et al. (1999) “affermano che quanto più sono coordinate le interazioni all'interno del role-playing, più funzionale è l'alleanza familiare che si è instaurata e conseguentemente i partner vivono regolarmente momenti di piacere assieme; al contrario, ad una minore coordinazione nelle interazioni corrisponde una più problematica alleanza familiare ed i partner probabilmente restano incastrati in “circoli di reciprocità negativa”.”

Come affermato da Favez, Frascarolo e Tissot (2017) un fenomeno che spiega quanto la relazione tra genitori-figlio possa essere influenzata dai disturbi nella relazione tra i due genitori, è il fenomeno “descritto come <effetto spillover> (Fainsilber Katz e Gottman, 1996; Crockenberg e Leerkes, 2003a): i genitori coinvolti in un conflitto mostrano più rabbia e irritazione nelle loro interazioni con il bambino, hanno meno empatia e disponibilità emotiva e manifestano comportamenti di controllo e rifiuto – nel complesso, comportamenti simili a quelli descritti nei genitori con una psicopatologia (Webster-Stratton e Hammond, 1999; Davies et al., 2002)”. Lo sviluppo del bambino è quindi influenzato dalla cooperazione e dal conflitto tra i genitori e le possibili conflittualità tra genitori rappresentano ambienti di sviluppo non ottimali per il bambino.

“Il co-parenting è influenzato dalle caratteristiche di personalità del genitore, dal temperamento del bambino, dalla qualità di relazione tra i genitori e da fattori extrafamiliari, spesso stressanti, di carattere economico e lavorativo (Delvecchio et al., 2013). McHale individua come variabili del co-parenting il contatto affettivo, il coinvolgimento reciproco e il grado di cooperazione tra i genitori e il comportamento centrato sull'adulto o centrato sul figlio”. (Goldin, 2020)

Dalla combinazione di questi fattori derivano quattro differenti stili di co-genitorialità: coesa, escludente, centrata sul figlio, competitiva.

- La co-genitorialità coesa è caratterizzata da un alto grado di calore, coinvolgimento reciproco, cooperazione e moderata centratura sul figlio.

- Lo stile escludente invece tipicamente mostra un grande squilibrio nel livello di coinvolgimento dei due genitori, mancanza di calore, scarsa cooperazione e basso antagonismo.
- Nel caso di co-genitorialità centrata sul figlio, i genitori collaborano ma con scarso calore e coinvolgimento reciproco.
- Infine, la co-genitorialità competitiva solitamente è caratterizzata da una bassa cooperazione, calore e coinvolgimento reciproco che portano ciascun caregiver a cercare di guadagnarsi l'attenzione esclusiva del figlio. (Goldin, 2020).

CAPITOLO 2: RICERCA

2.1 OBIETTIVI E IPOTESI

Il presente studio è stato condotto come parte di un progetto di ricerca sotto la responsabilità scientifica del Dott. Nicola Carone e condotto dall'Università degli Studi di Pavia in collaborazione con l'Università degli studi di Roma "Tor Vergata". Lo studio è realizzato nel rispetto dei principi etici stabiliti nella "Dichiarazione di Helsinki", nella "Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina" e di quelli dell'*American Psychological Association* e dell'Associazione Italiana di Psicologia; ha ricevuto inoltre l'approvazione del Comitato Etico dell'Università di Pavia e di Roma.

La ricerca ha come obiettivo approfondire le conoscenze in merito all'impatto sui figli in termini di sintomi internalizzanti o esternalizzanti qualora siano esposti ad una famiglia in cui tra i due genitori avvengano fenomeni di conflitto (violenza fisica, IPV). Questo fenomeno, la violenza nella coppia genitoriale è anche osservabile secondo un altro punto di vista, quello del bambino: la violenza assistita intrafamiliare. Inoltre, si vuole approfondire il ruolo e la qualità del co-parenting (e le sue dimensioni specifiche) nelle suddette situazioni familiari.

Hp1: secondo la prima ipotesi, *tra la violenza fisica (IPV) nella coppia genitoriale ed i sintomi esternalizzanti nei figli dovrebbe emergere una correlazione positiva forte*. L'aggressività fisica "è un atto compiuto con l'intenzione (o intenzione percepita) di causare dolore fisico o lesioni a un'altra persona". Degli esempi sono spingere, afferrare, schiaffeggiare, usare un'arma ecc. (Gelles & Straus 1979). Nello specifico il termine per definire questo fenomeno è l'IPV: Intimate Partner Violence. Nei disturbi esternalizzanti l'adolescente o il bambino riversa il disagio nei confronti dell'esterno, esempi sono: "il disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (ADHD), il disturbo oppositivo provocatorio e il disturbo della condotta." (Di Pietro & Bassi, 2021).

La Conflict Tactics Scales (CTS-2, 1996) è una misura di come i partner in una coppia, convivenza o matrimonio si aggrediscono psicologicamente e fisicamente a vicenda ed è composta da 5 sotto-dimensioni (negoziiazione, aggressione psicologica, violenza fisica, coercizione sessuale e lesioni fisiche).

Il Questionario sui Punti di Forza e le Difficoltà (SDQ, Goodman 1997), è rivolto ai genitori o insegnanti ed è composto da 25 item che toccano 5 temi (5 item per tema): sintomi emotivi; problemi di condotta; iperattività/disattenzione; problemi di relazione tra pari; comportamento prosociale.

Prove a sostegno della prima ipotesi sono le seguenti:

Innanzitutto, citando l'articolo di Moylan, Herrenkohl T., Sousa, Tajima, Herrenkohl R. e Russo (2010), "Numerosi studi hanno dimostrato che i bambini esposti alla violenza domestica e/o agli abusi sui minori sono più inclini a subire una vasta gamma di conseguenze psicosociali e comportamentali negative (T. Herrenkohl, Sousa, Tajima, R. Herrenkohl, & Moylan, 2008; Sternberg, 2006; Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith, & Jaffe, 2003).

Piu concretamente, Evans et al. (2008) come obiettivo principale della loro meta-analisi, volevano esaminare la relazione tra l'esposizione alla violenza domestica durante l'infanzia e i successivi comportamenti esteriorizzanti ed interiorizzanti nei figli da adolescenti ed hanno riscontrato i seguenti effetti medi ponderati significativi: 0,48 (SE=0,04) per i comportamenti internalizzanti e 0,47 (SE=0,05) per i comportamenti esternalizzanti, dimostrando che vi è un'associazione moderata tra l'esposizione alla violenza ed entrambi i comportamenti e le conclusioni di questo studio confermano così le conclusioni di molte revisioni narrative (ad esempio, Carlson, 2000; Edleson, 1999; Kolbo, Blakely, & Engleman, 1996; Margolin, 1998).

Inoltre, secondo l'Ordine degli Psicologi della Lombardia, l'assistere ad atti violenti è in grado di produrre sui bambini un catastrofico impatto psicologico, morale e fisico tra cui disturbi dell'apprendimento, aggressività e condotte antisociali e causa delle ripercussioni che possono durare lungo tutta la vita. I danni che porta la violenza assistita, compromettono anche le capacità relazionali del

minore nei confronti dei coetanei e degli adulti e compromette anche il corretto sviluppo di una personalità sana e capace di muoversi adeguatamente nel contesto sociale.

Concludendo, l'esposizione alla violenza può determinare la normalizzazione dei comportamenti a cui hanno assistito (Montecchi, Bufacchi & Viola, 2002).

Hp2: secondo la seconda ipotesi, *tra la violenza fisica (IPV) nella coppia genitoriale ed i sintomi internalizzanti nei figli dovrebbe emergere una correlazione positiva.*

I disturbi internalizzanti, secondo Maria Gazzotti (2023), “indicano difficoltà sviluppate e mantenute all'interno della persona, spesso caratterizzate da ipercontrollo, inteso come la tendenza a controllare o a regolare i propri stati interni emotivi e cognitivi in modo eccessivo e inappropriato (Di Pietro & Bassi, 2021)”. Sono caratterizzati da ritiro sociale, un comportamento che implica una auto-svalutazione di sé, delle proprie capacità sociali o timore del giudizio e anche difficoltà psicofisiologiche date da disagio psicologico. Esempi sono soprattutto i disturbi d'ansia con relativi pensieri negativi, interpretazioni negative di sintomi ed eventi, attivazione fisiologica, ipersensibilità a segnali fisici, paura. In età evolutiva, quindi, principalmente possono emergere disturbo di panico, agorafobia, disturbo d'ansia da separazione, disturbo d'ansia sociale, d'ansia generalizzata, disturbi depressivi quali umore depresso, tristezza, irritabilità, perdita di interesse nelle attività, alterazioni del sonno e dell'appetito, rallentamento, mancanza di energie, senso di inadeguatezza, lamentele somatiche, preoccupazioni sulla morte, irritabilità.

Tra questi disturbi e la violenza fisica nella coppia genitoriale (IPV, Intimate Partner Violence) dovrebbe emergere una correlazione positiva, le prove a sostegno di ciò sono varie. In primis, come affermato da Luberti e Grappolini (2017), in situazioni di violenza domestica la madre e il figlio possono fungere da ri-attivatori traumatici. Ad esempio, la madre che sviluppa un temporaneo disturbo dissociativo come conseguenza al trauma della violenza domestica può diventare

spaventante per il figlio e impedire alla donna di avere una rappresentazione dello stato mentale del bambino che avrà comportamenti in contraddizione tra avvicinamento e distanziamento. La relazione che si può instaurare tra i due è di possibili scambi disfunzionali, spaventanti e spaventati che possono sfociare in varie conseguenze come sequestro del bambino in luoghi chiusi, scoppi di rabbia. Nello specifico, Evans et al. (2008) come obiettivo principale della loro meta-analisi, volevano esaminare la relazione tra l'esposizione alla violenza domestica durante l'infanzia e i successivi comportamenti esteriorizzanti ed interiorizzanti nei figli da adolescenti ed hanno riscontrato i seguenti effetti medi ponderati significativi: 0,48 (SE=0,04) per i comportamenti internalizzanti e 0,47 (SE=0,05) per i comportamenti esternalizzanti, dimostrando che vi è un'associazione moderata tra l'esposizione alla violenza ed entrambi i comportamenti e le conclusioni di questo studio confermano così le conclusioni di molte revisioni narrative (ad esempio, Carlson, 2000; Edleson, 1999; Kolbo, Blakely, & Engleman, 1996; Margolin, 1998).

Inoltre, secondo l'Ordine degli Psicologi della Lombardia, l'assistere ad atti violenti è in grado di produrre sui bambini un catastrofico impatto psicologico, morale e fisico (ansia, disturbi alimentari...) e porta delle ripercussioni che possono durare lungo tutta la vita.

Concludendo, nel DSM-V, relativamente al Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), esso si può manifestare anche nei soggetti che hanno assistito alla violenza domestica, non necessariamente a guerre o catastrofi ambientali.

Hp3: Il CRS può essere utilizzato per famiglie con bambini dall'infanzia all'adolescenza ed è composto da 35 item, valutati su una scala Likert a 7 punti, che misura sette sottoscale: 1- accordo di co-genitorialità: valuta il grado di accordo su questioni relative alla cura e all'educazione del bambino; 2- vicinanza di co-genitorialità: valuta il grado in cui la co-genitorialità ha migliorato l'intimità e rafforzato la relazione di coppia; 3- sostegno di co-genitorialità: valuta la percezione del supporto di co-genitorialità da parte del partner; 4- approvazione

della genitorialità del partner: valuta l'atteggiamento positivo del soggetto nei confronti della genitorialità del partner; 5- indebolimento della cogenitorialità: valuta la percezione che la relazione co-genitoriale sia regolata da critiche, sensi di colpa e competizione tra i genitori; 6- esposizione al conflitto: si concentra sul fatto che i genitori espongano il bambino ai propri conflitti; 7- divisione del lavoro: misura la soddisfazione per il contributo e il coinvolgimento del partner nella crescita dei figli.

La terza ipotesi: l'esposizione alla violenza di coppia (IPV) è associata a maggiori difficoltà nel funzionamento emotivo e comportamentale dei figli, e tale associazione è mediata dalla qualità del co-parenting. In particolare, l'ipotesi H3a è sui sintomi internalizzanti: la relazione tra esposizione alla violenza di coppia (IPV) e i problemi esternalizzanti del bambino è mediata dalla qualità del coparenting, anche controllando per l'età del genitore e del bambino.

H3b sui sintomi esternalizzanti: la relazione tra esposizione alla violenza di coppia (IPV) e i problemi esternalizzanti del bambino è mediata dalla qualità del coparenting, anche controllando per l'età del genitore e del bambino.

teoricamente dovrebbe emergere una correlazione significativa più forte quando tra i disturbi esternalizzanti (nello specifico: problemi di condotta/iperattività/disattenzione/problemi di relazione tra pari) nei figli e la violenza fisica tra la coppia genitoriale si aggiunge anche la presenza della terza variabile “co-parenting”; questo perché qualora già si presenti una correlazione positiva tra aggressività fisica e disturbi esternalizzanti, essa dovrebbe essere ulteriormente significativa se si aggiunge l'impatto del co-parenting, il quale ricopre il ruolo di variabile moderatrice.

2.2 PARTECIPANTI E PROCEDURE

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario fatto compilare online in autonomia ai partecipanti, attraverso la piattaforma Qualtrics. Nella prima pagina compariva una presentazione con il titolo dello studio “*I figli che siamo stati, i*

genitori che siamo: il ruolo delle passate esperienze di cura sul funzionamento genitoriale, di coppia e familiare”, i responsabili scientifici dello studio, gli obiettivi e i requisiti minimi di partecipazione assieme ad una stima del tempo richiesto per la compilazione (30-40 minuti).

Prima di iniziare i partecipanti ricevevano alcune informazioni tra cui: l’anonimato con il quale sarebbero stati raccolti i dati e successivamente elaborati; la possibilità di ritirarsi in qualunque momento; l’invito a leggere il trattamento dei dati personali mediante consenso informato.

Le risposte al questionario sono state N= 184. Hanno partecipato allo studio genitori in un range di età compreso tra un minimo di 26 anni e un massimo di 56 anni (M= 39.2 anni; DS= 5.83). Il 100% (N= 184) si identifica nel genere femminile: per questo progetto di tesi abbiamo dovuto escludere i partecipanti di genere maschile, dunque i padri. Il 100% delle madri partecipanti a questo studio sono dell’orientamento sessuale eterosessuale.

Per quanto riguarda il livello di istruzione risulta che il 20.7% ha conseguito il diploma di scuola secondaria di secondo grado (N= 38), un 39.1% dichiara un diploma di laurea magistrale (N= 72), mentre un 17.9% di laurea triennale (N= 33); un 22.3% ha conseguito un dottorato di ricerca o specializzazione (N= 41).

Relativamente all’occupazione invece, il 55.4% delle madri dichiara di avere un’occupazione full-time (N= 102), mentre un 31.5% di esse lavora part-time, con una minoranza di genitori che si dichiarano disoccupati senza sussidi, l’11.4% (N= 21) e un’altra minoranza che si dice disoccupata ma con un sussidio (es. cassa integrazione o reddito di cittadinanza) 3 persone, l’1.6%.

Di queste 184 partecipanti, il 96.7% sono nate in Italia (N= 178), le restanti 6 sono nate: in Albania (N=1), in Germania (N=2), in Romania (N=2) ed infine in Svizzera (N=1).

Considerando che il primo requisito per partecipare alla ricerca era di essere genitore di almeno un figlio la cui età è compresa tra i 2 e 18 anni, l’età media dei figli è stata di 6.18 anni con DS= 4.39 e di questi sono 101 maschi e 83 femmine.

2.3. STRUMENTI

Ai fini della ricerca è stato utilizzato il questionario sopra nominato. Trattasi di un questionario self-report a cui i partecipanti rispondevano attraverso un link diretto nella piattaforma online.

Questo link è stato diffuso tramite i social e grazie all'uso del passaparola.

È composto principalmente da due parti, nella prima vengono poste alcune domande al partecipante relativamente lo stato socio-demografico (ossia: anno di nascita, genere assegnato alla nascita e con cui ci si identifica attualmente, livello di istruzione, status lavorativo, composizione familiare, numero di figli e loro età, orientamento sessuale, ecc).

La seconda parte invece era composta da scale tra cui quelle delle variabili prese in esame nel presente studio: la violenza fisica all'interno della coppia genitoriale (Conflict Tactics Scale 2), le problematiche esternalizzanti ed internalizzanti (Strenght and Difficulties Questionnaire) e il co-parenting (Co-parenting Relationship Scale).

La Conflict Tactics Scales (CTS-2, 1996) è una misura di come i partner in una coppia, convivenza o matrimonio si aggrediscono psicologicamente e fisicamente a vicenda; misura anche l'uso del ragionamento o della negoziazione per gestire i conflitti. La CTS-2 è una scala di 78 item, composta da 5 sotto-dimensioni e viene solitamente somministrata a entrambi i partner (Signorelli et al. 2014).

Nella CTS-2, le dimensioni della scala sono le seguenti: negoziazione: le azioni intraprese per risolvere un disaccordo attraverso la discussione e vi è una sotto-dimensione cognitiva ed una emotiva come il tono emotivo delle discussioni, ad esempio se negativo o positivo (Straus et al. 1996); aggressività psicologica: citando Vissing, Straus, Gelles e Harrop (1991) è una forma di comunicazione intenzionata a causare dolore psicologico a un'altra persona o una comunicazione percepita come avente tale intento. Esiste di tipo verbale attivo (insulti, appellativi offensivi), non verbale attivo (sbattere le porte, rompere oggetti), non verbale passivo (silenzio ostile, ritiro comunicativo); aggressione fisica: "è un atto

compiuto con l'intenzione (o intenzione percepita) di causare dolore fisico o lesioni a un'altra persona". Degli esempi sono spingere, afferrare, schiaffeggiare, usare un'arma ecc. (Gelles & Straus 1979); coercizione sessuale: è definita come un comportamento volto a costringere il partner a compiere atti sessuali indesiderati, è una scala pensata per coprire vari atti coercitivi, dall'insistenza verbale alla forza fisica (Straus et al. 1996); lesioni: "lesioni fisiche inflitte dal partner, indicate dai danni alle ossa o ai tessuti, lesioni che necessitano di cure mediche o dolore che persiste per un giorno o più" (Straus et al. 1996).

Nel presente studio è stata utilizzata la variabile relativa all'aggressività fisica.

Sulla base dell'analisi fattoriale della versione italiana (Signorelli et al. 2014), sono state proposte cinque sottoscale, parzialmente corrispondenti alle scale originali: negoziazione, violenza, violenza estrema, lesioni e coercizione sessuale. L'affidabilità delle sottoscale è risultata buona, con un range compreso tra 0,78 e 0,96.

La scala richiede agli intervistati di indicare il numero di volte in cui hanno commesso un comportamento specifico nell'ultimo anno e quante volte il partner ha commesso lo stesso comportamento (Straus 2004). Gli item sono valutati su una scala di frequenza a 8 punti che va da mai a più di 20 volte (Straus et al. 1996). Nello specifico la scala di risposta ad 8 punti è la seguente: 0= questo non è mai accaduto, 2= due volte in questo anno, 3= 4-5 volte in questo anno, 4= 6-10 volte in questo anno, 5= 11-20 volte in questo anno, 6= più di 20 volte in questo anno, 7= non in questo anno ma è accaduto prima, 8= mai accaduto.

Per quanto riguarda invece il fenomeno dei sintomi internalizzanti ed externalizzanti abbiamo utilizzato il Questionario sui Punti di Forza e le Difficoltà (SDQ, Goodman 1997). Il questionario è rivolto ai genitori o insegnanti ed è composto da 25 item che toccano 5 temi (5 item per tema): sintomi emotivi; problemi di condotta; iperattività/disattenzione; problemi di relazione tra pari; comportamento prosociale.

L'SDQ ha dimostrato buone proprietà psicometriche (struttura fattoriale e consistenza interna) e di essere semplice e veloce nella compilazione.

Lo strumento può essere utilizzato come screening per le scuole ad esempio ed individuare difficoltà comportamentali ed emotive eventualmente presenti in bambini dai 2 ai 17 anni. A questo questionario solitamente rispondono genitori ed insegnanti per avere un rimando oggettivo e chiaro del soggetto e del suo comportamento, in quanto data la giovane età non vi è la necessaria capacità di compilare un questionario self-report.

Può raccogliere le informazioni più importanti su diversi aspetti psicologici del bambino ma non può essere utilizzato per formulare una diagnosi clinica: il clinico una volta ottenuto il questionario compilato potrà approfondire le variabili più utili in base a dove il bambino incontra maggiormente delle difficoltà nella propria crescita. La versione per genitori e insegnanti dell'SDQ contiene 25 item in cui le valutazioni vanno da 0 (non vero) a 1 (abbastanza vero) a 2 (certamente vero). Cinque item descrivono comportamenti positivi (item 7, 11, 14, 21 e 2), per cui è necessario rovesciare il punteggio prima di sommarli ai punteggi delle 5 subscale. Nel foglio per lo scoring gli item rovesciati sono facilmente riconoscibili perché si assegna 0 in corrispondenza di «Assolutamente vero» e 2 in corrispondenza di «Non vero».

Nel presente studio sono state utilizzate due dimensioni: la prima è relativa all'internalizzazione (data dalla combinazione di item dei sintomi emotivi e quelli relativi ai problemi con i pari), dove emerge una scarsa consistenza interna ($\alpha = .64$), dunque una difficoltà e un minore accordo tra item nel misurare uno stesso specifico sottocostrutto.

L'esternalizzazione invece è data dalla combinazione degli item relativi ai problemi di condotta e la scala dell'iperattività ed emerge qui una buona coerenza interna tra questi ($\alpha = .81$): vi è qui dunque una maggiore attinenza degli items nel misurare le problematiche esternalizzanti.

Infine, Feinberg e colleghi (2012) hanno progettato e validato la Coparenting Relationship Scale (CRS), una misura completa in grado di cogliere gli aspetti multidimensionali della cogenitorialità. Il CRS può essere utilizzato per famiglie con bambini dall'infanzia all'adolescenza ed è composto da 35 item, valutati su una

scala Likert a 7 punti, che misura sette sottoscale: 1- accordo di co-genitorialità (quattro item) valuta il grado di accordo su questioni relative alla cura e all'educazione del bambino; 2- vicinanza di co-genitorialità (cinque item) valuta il grado in cui la co-genitorialità ha migliorato l'intimità e rafforzato la relazione di coppia; 3- sostegno di co-genitorialità (sei item) valuta la percezione del supporto di co-genitorialità da parte del partner; 4- approvazione della genitorialità del partner (sette item) valuta l'atteggiamento positivo del soggetto nei confronti della genitorialità del partner; 5- indebolimento della cogenitorialità (sei item) valuta la percezione che la relazione co-genitoriale sia regolata da critiche, sensi di colpa e competizione tra i genitori; 6- esposizione al conflitto (cinque item) si concentra sul fatto che i genitori espongano il bambino ai propri conflitti; 7- divisione del lavoro (due item) misura la soddisfazione per il contributo e il coinvolgimento del partner nella crescita dei figli. Vi sono infine due item che valutano la soddisfazione per i contributi e il coinvolgimento del partner nell'educazione dei figli. Le analisi di coerenza interna per le sette sottoscale hanno dato i seguenti risultati: accordo di co-genitorialità (α compreso tra .66 e .74), vicinanza di co-genitorialità (.75 < α < .83), supporto (.86 < α < .89), approvazione della genitorialità del partner (.61 < α < .88), indebolimento della co-genitorialità (.80 < α < .85), esposizione al conflitto (.81 < α < .90), e divisione del lavoro (.33 < α < .59). La scala ha mostrato coefficienti di coerenza interna in tutte le sottoscale (Cronbach's α tra .70 e .94). In questo studio verrà usata la versione Brief, costruita da Feinberg (2012) è composta da 14 item e mantiene 2 item da ciascuna delle sottoscale costituenti, concettualmente ed empiricamente distinte: è una rappresentazione eccellente della CRS completa, per ciascuna delle 7 sottoscale. Questo dunque suggerisce che la cogenitorialità può essere adeguatamente valutata in contesti clinici o di altro tipo, in cui il tempo è limitato.

2.4 ANALISI DEI DATI

Per le analisi dei dati è stato utilizzato il software Jamovi (Jamovi 2.6.44, 2025). Dal campione totale sono stati tolti i maschio (quindi i padri) visto il focus sulla Intimate Partner Violence. In primis si sono svolte le analisi descrittive per verificare la distribuzione delle variabili sociodemografiche (l'età) e di quelle oggetto dello studio (violenza fisica nella coppia, sintomi internalizzanti, esternalizzanti e il co-parenting). Inoltre è stata analizzata la frequenza delle variabili categoriali dello studio come genere figlio, status lavorativo, ecc.

Dopo queste analisi, si è svolta l'analisi di correlazione (r di Pearson) per indagare l'associazione tra le variabili di studio e l'età. Dopodichè si è proseguito con l'analisi ANOVA per verificare preliminarmente se ci sono differenze significative nelle variabili di studio in funzione del genere del bambino. Se presente, si includono nelle prossime analisi. In particolare prima è stata condotta una analisi ANOVA a una via sia per il co-parenting sia per l'IPV. Successivamente, siccome i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti sono due dimensioni correlate del funzionamento psicologico del bambino poi è stata eseguita l'analisi multivariata della covarianza (MANCOVA) in cui le variabili dipendenti sono i sintomi e il fattore è il genere del figlio, al fine di valutare l'effetto del genere sul profilo complessivo.

Infine, per verificare l'ipotesi principale (H3 a-b) dello studio sono stati costruiti 2 modelli di mediazione, uno per i sintomi internalizzanti ed uno per i sintomi esternalizzanti usando jAMM di Jamovi, in particolare il GLM Mediation Model. I due modelli sono stati costruiti in questo modo: come variabile dipendente sono stati inseriti i due tipi di problemi comportamentali (1 modello per internalizzazione, 1 per esternalizzazione), come variabile predittrice è stata inserita l'IPV quindi la violenza fisica nella coppia, come variabile moderatrice invece il coparenting. Dalla combinazione di queste 3 variabili è possibile vedere *se la variabile del coparenting media l'effetto che la violenza subita dal partner*

intimo ha poi sulle problematiche comportamentali del figlio, se in una direzione più internalizzante, esternalizzante od entrambe.

In entrambi i modelli sono state inserite come covariate l'età del genitore e l'età del figlio sull'outcome, al fine di controllare l'eventuale influenza di fattori evolutivi sui livelli di sintomatologia.

2.5 RISULTATI

L'attendibilità interna del mio campione è internalizzanti .67, esternalizzanti .74, coparenting .82, ed infine l'IPV .84. Iniziando dalle analisi descrittive emergono dei livelli bassi di sintomi internalizzanti la cui media è di 3.53 e il cui minimo corrisponde a 0 e il massimo ad 11. Nei sintomi esternalizzanti vi sono dei livelli medio/bassi: $M = 4.98$, (minimo: 0, massimo: 16). Relativamente alla violenza del partner intimo (IPV) emergono dei livelli bassi data la media di 7.01: il minimo corrisponde a 0 e il massimo a 35. Riguardo al coparenting il livello generale è abbastanza elevato (vedi tab.1), possiamo quindi in primis comprendere che vi è una grande variabilità nel soggetto (da 23 minimo a 77 come massimo) e in media le madri partecipanti hanno mostrato una variabilità di 58.4: dunque vi è un alto grado di accordo/qualità tra genitori.

Tabella 1 – Analisi descrittive con differenze di genere

	Eta	Età_figlio/a	Internalizzanti	Esternalizzanti	Coparenting	IPV
N	184	184	184	184	184	184
Media	39.2	6.18	3.53	4.98	58.4	7.01
Deviazione standard	5.83	4.39	2.56	3.26	11.0	6.72
Minimo	26	2.00	0	0	23	0
Massimo	56	18.0	11	16	77	35

Proseguendo ora con le analisi della matrice di correlazione, appaiono come significative le seguenti relazioni (vedi tabella 2). In primis l'analisi di correlazione ha evidenziato una forte associazione positiva tra l'età del genitore e quella del

figlio, un risultato atteso dato il legame anagrafico tra le due variabili, per cui genitori più giovani avranno figli più giovani. Successivamente vediamo i dati relativi alle variabili di studio. Innanzitutto, l'età della madre correla in maniera significativa positiva con i sintomi internalizzanti ($r = .169, p = .022$), ciò suggerisce che con l'aumento dell'età dei genitori emergono livelli lievemente più alti di problematiche internalizzanti nei figli. Si vede anche come l'età correla in maniera significativa negativa con i sintomi esternalizzanti ($r = -.172, p = .019$), dunque all'aumentare dell'età dei genitori emergono livelli lievemente più bassi di problematiche esternalizzanti nei figli. Poi si vede come l'età del figlio/a correla in maniera significativa positiva con i sintomi internalizzanti ($r = .230, p = .002$), indicando che con l'aumento dell'età dei bambini vi è un aumento dei sintomi internalizzanti nei figli. Inoltre, l'età del figlio correla in maniera significativa negativa con i sintomi esternalizzanti ($r = -.170, p = .021$): ciò mostra quindi che con l'aumento dell'età dei figli vi è una diminuzione dei sintomi esternalizzanti nei figli. Considerando il possibile ruolo di controllo giocato dalla variabile età sulle variabili del presente studio, verranno eseguite delle analisi finalizzate ad esplorare in maniera più approfondita queste relazioni tramite l'ANOVA e MANCOVA.

Un dato interessante è che la correlazione tra sintomi internalizzanti ed esternalizzanti è risultata positiva ma non statisticamente significativa ($r = .126, p = .089$), dunque teoricamente a livelli più alti di sintomi internalizzanti vi sono alti livelli di esternalizzanti ma l'associazione nel campione non è significativa abbastanza per poterlo affermare con sicurezza.

Successivamente vediamo come i sintomi internalizzanti correlano in maniera significativa negativa con il coparenting ($r = -.206, p = .005$), dunque a bassi livelli di coparenting vi sono alti livelli di sintomi internalizzanti. E, concludendo, l'IPV correla in maniera significativa positiva con il coparenting ($r = .489, p < .001$): è importante questo dato perché in maniera solida si può affermare che a bassi livelli di IPV molto probabilmente apparirà anche un buon co-parenting (dunque vi sono presenti supporto reciproco, accordo su pratiche educative, cooperazione e bassa

conflittualità); viceversa, alti livelli di IPV sono fortemente correlati con un co-parenting problematico (dove vi è conflitto, critiche reciproche, ostruzionismo educativo, rivalità e competizione, coinvolgimento dei figli nei conflitti).

Tabella 2 - Matrice di Correlazione

		Eta	Età_figlio/a	Internalizzanti	Esternalizzanti	Coparenting	IPV
Eta	r di Pearson	—					
	gdl	—					
	valore p	—					
Età_figlio/a	r di Pearson	0.709***	—				
	gdl	182	—				
	valore p	<.001	—				
Internalizzanti	r di Pearson	0.169*	0.230**	—			
	gdl	182	182	—			
	valore p	.022	.002	—			
Esternalizzanti	r di Pearson	-0.172*	-0.170*	0.126	—		
	gdl	182	182	182	—		
	valore p	.019	.021	.089	—		
Coparenting	r di Pearson	-0.056	-0.070	-0.206**	-0.134	—	
	gdl	182	182	182	182	—	
	valore p	.452	.345	.005	.069	—	
IPV	r di Pearson	-0.113	-0.059	0.083	0.128	-0.489***	—
	gdl	182	182	182	182	182	—
	valore p	.128	.424	.264	.083	<.001	—

Nota. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Si prosegue poi con l'analisi ANOVA a una via. Ne vengono eseguite due, una ANOVA ad una via per la variabile IPV (vedi Tabella 3 e 4) ed una per la variabile co-parenting (vedi Tabella 5 e 6) al fine di verificare preliminarmente l'eventuale ruolo del figlio come possibile variabile confondente nelle relazioni tra le variabili familiari e gli esiti psicologici. È stata condotta una prima ANOVA considerando

come variabile dipendente l'esposizione alla violenza di coppia (IPV) e come fattore il genere del figlio. I risultati non hanno evidenziato differenze significative tra maschi e femmine, indicando che l'esposizione alla violenza non varia in funzione del genere del bambino.

Tabella 3 - ANOVA a una via (Welch)

	F	gdl1	gdl2	p
IPV	0.282	1	180	.596

Tabella 4 - Descrittive Gruppo

	Genere_figlio/a	N	Media	SD	SE
IPV	Maschile	101	7.25	7.02	0.698
	Femminile	83	6.72	6.37	0.699

È stata eseguita una seconda ANOVA sulla qualità del co-parenting, anch'essa in funzione del genere del figlio. Analogamente anche in questi risultati non emergono differenze significative tra maschi e femmine. Tali risultati indicano che il genere del bambino non risulta associato né ai livelli di conflittualità di coppia né alla qualità della collaborazione genitoriale nel nostro campione. Dunque il genere non appare configurarsi come fattore di rischio o protezione rispetto alle variabili familiari oggetto di studio.

Tabella 5 - ANOVA a una via (Welch)

	F	gdl1	gdl2	p
Coparenting	0.685	1	182	.409

Tabella 6 - Descrittive Gruppo

	Genere_figlio/a	N	Media	SD	SE
Coparenting	Maschile	101	57.8	11.90	1.18
	Femminile	83	59.1	9.78	1.07

In seguito, poiché i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti rappresentano due dimensioni correlate del funzionamento psicologico del bambino, è stata successivamente condotta l'analisi multivariata della varianza MANCOVA, considerando come variabili dipendenti i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti e come fattore tra soggetti il genere del figlio (Tabella 7 e 8). L'analisi multivariata non ha evidenziato differenze significative tra maschi e femmine nel profilo psicologico complessivo. Coerentemente, anche le analisi univariate non hanno mostrato differenze significative tra maschi e femmine né per i sintomi internalizzanti né per quelli esternalizzanti. Questi risultati indicano che il genere del figlio non risulta associato ai livelli di problematiche internalizzanti o esternalizzanti nel campione. Il genere quindi non è stato inserito come variabile di controllo nei successivi modelli di mediazione.

Nei modelli di mediazione sono invece state incluse l'età delle madri e l'età del figlio come covariate sull'outcome (sintomi internalizzanti ed esternalizzanti), al fine di controllare possibili differenze legate allo sviluppo del bambino senza interferire con le relazioni tra le variabili familiari considerate.

Tabella 7 - Test Multivariati

		valore	F	gdl1	gdl2	p
Genere_figlio/a	Traccia di Pillai	0.0186	1.71	2	181	.183
	Lambda di Wilks	0.981	1.71	2	181	.183

Tabella 8 - Test Univariati

	Variabile Dipendente	Somma dei Quadrati	gdl	Media Quadratica	F	p
Genere_figlio/a	Internalizzanti	1.48	1	1.48	0.224	.637
	Esternalizzanti	35.46	1	35.46	3.385	.067
Residui	Internalizzanti	1202.33	182	6.61		
	Esternalizzanti	1906.45	182	10.47		

Concludiamo vedendo le ultime due analisi. Sono stati testati due modelli di mediazione attraverso il modulo jAMM - GLM Mediation Model, al fine di esaminare il ruolo del coparenting nella relazione tra esposizione a IPV (variabile indipendente) e gli esiti psicologici dei minori. Nel primo modello la variabile dipendente era rappresentata dai sintomi internalizzanti mentre nel secondo dai sintomi esternalizzanti. In entrambi i modelli di mediazione sono state inserite come covariate l'età del genitore e l'età del figlio sull'outcome, al fine di controllare l'eventuale influenza di fattori evolutivi sui livelli di sintomatologia.

Riguardo il primo modello, (vedi tabella 9) l'analisi ha evidenziato un effetto indiretto statisticamente significativo dell'IPV sui sintomi internalizzanti attraverso il coparenting. Tale risultato indica che livelli più elevati di esposizione a IPV risulterebbero essere associati a un peggior funzionamento del coparenting, il quale a sua volta si collega a maggiori sintomi internalizzanti nei figli. L'effetto diretto di IPV sui sintomi internalizzanti non è risultato significativo mentre anche l'effetto totale non ha aggiunto la significatività statistica. Nel complesso i dati suggeriscono una mediazione del coparenting nella relazione tra IPV e sintomi internalizzanti.

Tabella 9 – Indirect and Total Effects – Internalizing Model

Type	Effect	Estimate	SE	95% C.I. (a)		β	z	p
				Lower	Upper			
Indirect	IPV $\Rightarrow$ Coparenting $\Rightarrow$ Internalizzanti	0.04049	0.0163	0.00852	0.0725	0.1061	2.482	.013
Component	IPV $\Rightarrow$ Coparenting	-	0.1051	-	-	-	-	<.001
		0.79856		1.00459	0.5925	0.4886	7.597	
	Coparenting $\Rightarrow$ Internalizzanti	-	0.0193	-	-	-	-	.009
		0.05071		0.08855	0.0129	0.2171	2.626	
Direct	IPV $\Rightarrow$ Internalizzanti	-	0.0316	-	0.0529	-	-	.778
		0.00891		0.07076		0.0233	0.282	
Total	IPV $\Rightarrow$ Internalizzanti	0.03158	0.0281	-	0.0867	0.0827	1.123	.261
				0.02353				

Nota. Confidence intervals computed with method: Standard (Delta method)

Nota. Betas are completely standardized effect sizes

Nel secondo modello, (vedi tabella 10) avente come esito i sintomi esternalizzanti, l'effetto indiretto di IPV attraverso il coparenting non è risultato significativo. Anche l'effetto diretto di IPV sui sintomi esternalizzanti e l'effetto totale non hanno aggiunto significatività statistica.

Dunque i risultati evidenziano che:

- Il coparenting media in modo significativo la relazione tra IPV e sintomi internalizzanti;
- Tale mediazione non emerge per i sintomi esternalizzanti;
- L'analisi ha evidenziato un effetto indiretto statisticamente significativo dell'IPV sui sintomi internalizzanti attraverso il coparenting.

Tabella 10 - Indirect and Total Effects – Externalizing Model

Type	Effect	Estimate	SE	95% C.I. (a)		β	z	p
				Lower	Upper			
Indirect	IPV $\Rightarrow$ Coparenting $\Rightarrow$ Esternalizzanti	0.0290	0.0198	- 0.00983	0.0678	0.0596	1.464	.143
Component	IPV $\Rightarrow$ Coparenting	- 0.7986	0.1051	- 1.00459	- 0.5925	- 0.4886	- 7.597	<.001
	Coparenting $\Rightarrow$ Esternalizzanti	- 0.0363	0.0243	- 0.08398	0.0114	- 0.1220	- 1.492	.136
Direct	IPV $\Rightarrow$ Esternalizzanti	0.0247	0.0400	- 0.05364	0.1030	0.0508	0.618	.537
Total	IPV $\Rightarrow$ Esternalizzanti	0.0544	0.0352	- 0.01468	0.1234	0.1122	1.543	.123

Nota. Confidence intervals computed with method: Standard (Delta method)

Nota. Betas are completely standardized effect sizes

CAPITOLO 3: DISCUSSIONE

3.1 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Nel precedente capitolo sono state effettuate delle analisi che hanno consentito di esaminare le relazioni tra la violenza di coppia (Intimate Partner Violence - IPV), la qualità del co-parenting ed i sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nei figli. Ciò è stato possibile mediante le analisi descrittive, la matrice di correlazione, le due ANOVA, MANCOVA ed i modelli di mediazione.

Questo ha permesso di confrontare i risultati ottenuti con le ipotesi formulate e interpretarli alla luce della letteratura di riferimento.

Procederemo poi osservando i limiti metodologici dello studio e a delineare le future direzioni di ricerca e ricadute teorico-cliniche.

ANOVA e MANCOVA

Come analisi preliminari sono state effettuate due analisi ANOVA a una via per verificare l'eventuale presenza di differenze nei livelli di IPV e nella qualità di co-parenting in base al genere del figlio.

In entrambi i casi i risultati non hanno mostrato differenze significative tra maschi e femmine né per i livelli di IPV né per la qualità di co-parenting, questo indica che nel nostro campione avere un figlio maschio o femmina non è associato a differenze nei livelli di violenza di coppia né nella qualità del co-parenting.

Successivamente dalla analisi MANCOVA non è emerso un effetto significativo del genere del figlio sui livelli di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti considerati in modo congiunto. Coerentemente anche le analisi univariate non hanno mostrato differenze significative tra maschi e femmine né nei sintomi internalizzanti né in quelli esternalizzanti. Dunque anche nei sintomi dei bambini non emergono differenze tra maschi e femmine.

Alla luce di questi risultati, il genere del figlio non è risultato associato alle principali variabili dello studio. Sono stati invece considerati nei modelli di mediazione come variabili di controllo l'età della madre e l'età del figlio, inserite

sull'outcome per controllare la possibile influenza dell'età sui livelli di sintomatologia.

Correlazioni tra IPV e sintomi dei figli

Contrariamente a quanto ipotizzato nelle Hp1 e Hp2, non sono emerse delle correlazioni significative né tra l'IPV ed i sintomi internalizzanti ($r = .083$, $p = .264$) né tra l'IPV ed i sintomi esternalizzanti ($r = .128$, $p = .083$).

Questi risultati suggerirebbero che all'interno di questo campione non clinico, il quale è caratterizzato in media da bassi livelli di violenza ($M = 7.01$ su un range da 0 a 35), l'esposizione diretta alla violenza nella coppia genitoriale non risulta associata in modo diretto alle difficoltà emotivo-comportamentali dei figli.

Una spiegazione possibile di questo risultato potrebbe essere data dalla natura non clinica del campione e inoltre dalla scarsa presenza di variabilità dell'IPV che potrebbero non tradursi direttamente in esiti psicopatologici osservabili e dunque può aver limitato la possibilità di rilevare associazioni statisticamente significative. Inoltre, nel nostro studio, l'assenza di un'associazione diretta tra l'IPV e i sintomi non necessariamente implica che la violenza di coppia non eserciti un'influenza sul benessere psicologico del bambino. Piuttosto, potrebbe quindi indicare che nei contesti in cui la violenza raggiunge livelli di bassa intensità, l'impatto sui figli si esprime prevalentemente attraverso meccanismi relazionali più complessi.

Ad ogni modo, il dato emerso può essere interpretato alla luce della Emotional Security Hypothesis di Davies e Cummings (1994; 2006) – secondo cui il conflitto tra genitori non influenza i figli in modo diretto, ma attraverso la minaccia percepita alla sicurezza emotiva e alla stabilità delle relazioni familiari.

Nello specifico la teoria sostiene che la minaccia che accompagna l'esposizione di un bambino ad un sottosistema interparentale distruttivo, il conflitto sensibilizza i bambini alle preoccupazioni sulla sicurezza e può nel tempo portare allo sviluppo, tra le altre, di esperienze emotive come tristezza e paura.

Questo viene confermato: “Pertanto, interpretati nell'ambito della teoria della sicurezza emotiva, i risultati suggeriscono che l'esposizione all'ostilità

interparentale può provocare una sensibilizzazione in più ambiti che riflettono difficoltà e minacce al mantenimento della sicurezza emotiva: segnali comportamentali di affetti negativi, negatività soggettiva e rappresentazioni negative delle relazioni interparentali”. (Davies et al. 2006).

Dalle analisi di correlazione è emersa una correlazione significativa tra l’età del bambino e i sintomi internalizzanti: all’aumentare dell’età risultano maggiori i sintomi internalizzanti e minori quelli esternalizzanti. Questo risultato ha motivato l’inserimento dell’età del figlio come variabile di controllo nei modelli di mediazione.

L’assenza dell’associazione diretta tra l’IPV e i sintomi suggerirebbe quindi che l’IPV potrebbe influenzare i figli non direttamente ma attraverso il modo in cui altera le relazioni familiari.

Ruolo centrale del co-parenting

Un dato particolarmente rilevante è quello legato alla correlazione significativa negativa che emerge tra l’IPV e il co-parenting ($r = -.489$, $p < .001$).

Questo risultato è in grado di confermare che con l’aumento di violenza nella coppia, emerge anche un marcato deterioramento della qualità di collaborazione genitoriale che, tipicamente, è caratterizzata da maggiore conflittualità, minore sostegno reciproco e alta esposizione dei figli ai contrasti.

Coerentemente, è emersa anche un’altra correlazione negativa significativa, ossia tra il co-parenting ed i sintomi internalizzanti ($r = -.206$, $p = .005$): questo significa che una peggiore qualità nel co-parenting risulta associata a maggiori livelli di ansia, ritiro e difficoltà emotive da parte dei figli.

A proposito di ciò, come vedremo più approfonditamente nel prossimo paragrafo, ciò può essere spiegato grazie al modello di Feinberg (2003) secondo cui un co-parenting caratterizzato da accordo, sostegno e cooperazione può funzionare come un fattore protettivo mentre dinamiche di delegittimazione e competizione amplificano la vulnerabilità dei figli.

Tuttavia, la correlazione tra il coparenting ed i sintomi esternalizzanti non è risultata significativa ($r = -.134$, $p = .069$): ciò suggerisce che il co-parenting potrebbe incidere in modo più specifico sulla sfera emotiva quindi internalizzante. Nel complesso, questi risultati portano a pensare che la qualità del co-parenting possa avere un importante ruolo nel comprendere come l'IPV si colleghi alla salute mentale dei figli: questo aspetto lo approfondiremo di seguito nei modelli di mediazione.

Risultati dei modelli di mediazione

L'ipotesi principale del presente studio (Hp3) prevedeva che il co-parenting potesse mediare la relazione tra l'IPV ed i sintomi nei figli: i modelli di mediazione hanno confermato parzialmente tale ipotesi. Due modelli sono stati svolti, il primo relativo ai sintomi internalizzanti, il secondo in merito ai sintomi esternalizzanti. Per quanto riguarda il modello che fa riferimento ai sintomi internalizzanti, in effetti, è emerso un effetto indiretto significativo dell'IPV attraverso il co-parenting ($B = .040$, $\beta = .106$, $p = .013$; IC 95% [.009, .073]). Nello specifico: l'IPV predice in maniera significativa un peggiore co-parenting ($\beta = -.489$, $p < .001$); a sua volta, un peggiore co-parenting predice maggiori sintomi internalizzanti nei figli ($\beta = -.217$, $p = .009$); infine, tuttavia, l'effetto diretto dell'IPV sugli internalizzanti non è significativo ($p = .778$).

Dunque si configura una mediazione che indica che l'impatto dell'IPV sui vissuti emotivi dei figli non è diretto, bensì passa mediante il deterioramento della relazione co-genitoriale. In altre parole, non sarebbe l'evento violento direttamente a spiegare l'ansia o il ritiro del bambino quanto piuttosto il clima relazionale disfunzionale che ne deriva e che causa nei figli poi questa sintomatologia.

È inoltre rilevante sottolineare che tale effetto indiretto permane anche controllando l'età del genitore e l'età del figlio sui sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. Questo indica che l'associazione tra il deterioramento del co-parenting e i sintomi internalizzanti non è spiegabile semplicemente da differenze

evolutive legate alla crescita del bambino ma sembra dunque legata in particolare alla qualità del co-parenting.

La forte associazione negativa tra IPV e co-parenting conferma il modello di Feinberg (2003; 2012) “una forte relazione di co-genitorialità può attenuare gli effetti del conflitto di coppia sui figli (Abidin & Brunner, 1995; McHale, 1995). Pertanto, alti livelli di conflitto ostile di coppia possono essere dannosi solo quando la qualità della co-genitorialità è bassa, non quando è alta” (Feinberg 2003). Dunque, un co-parenting caratterizzato da accordo, sostegno e cooperazione può funzionare quindi come un fattore protettivo mentre dinamiche di delegittimazione e competizione amplificano la vulnerabilità dei figli.

Nel presente studio il co-parenting sembra svolgere un ruolo intermedio nella relazione tra ipv e sintomi internalizzanti nei figli.

Ciò significa che la violenza di coppia, anche a livelli medio-bassi, diventa rilevante per il benessere del bambino nella misura in cui compromette la qualità della relazione co-genitoriale. È dunque il co-parenting deteriorato – caratterizzato da scarsa cooperazione, delegittimazione reciproca e conflittualità educativa – a rappresentare un rischio per l’emergere di sintomi internalizzanti, più che l’IPV in sé considerata in modo isolato.

A proposito di ciò si cita Margolin (2004): “l'esposizione alla violenza compromette le relazioni interpersonali che costituiscono il tessuto della vita quotidiana dei bambini. Il sostegno sociale è un elemento chiave contro gli effetti negativi della violenza. Poiché i genitori sono fonti chiave di sostegno sociale, la genitorialità disgregata associata alla violenza familiare può esacerbare gli effetti negativi dell'esposizione alla violenza (Margolin, Gordis e Oliver 2004)”.

Come affermato da Feinberg (2003) “la letteratura suggerisce che i processi di rischio causale nella relazione genitoriale includono tutti i modi in cui i genitori si coordinano e si sostengono a vicenda nei loro ruoli genitoriali ... di conseguenza, il supporto della co-genitorialità serve a rafforzare la sensazione del genitore di svolgere il nuovo ruolo genitoriale in modo adeguato e competente, portando a una maggiore fiducia nella capacità di gestire situazioni difficili (Frank et al., 1986) e

quindi a una genitorialità più competente e, in definitiva, a un migliore adattamento del bambino” (Feinberg 2003). Quanto affermato da Feinberg è in linea sia con il risultato dell’associazione significativa negativa tra il co-parenting e la IPV, sia con la correlazione negativa significativa tra la qualità del co-parenting ed i sintomi internalizzanti nei figli. A sostegno, inoltre, della correlazione significativa negativa tra il peggior co-parenting ed elevati sintomi internalizzanti nei figli, Feinberg (2003) affermò “un basso livello di sostegno da parte del partner è correlato ai problemi socio-emotivi nei figli di madri adolescenti (Sommer et al., 2000)”.

Al contrario, nel modello relativo ai sintomi esternalizzanti invece non è emerso nessun effetto indiretto significativo ($p = .264$), né effetti diretti o totali dell’IPV. Questo suggerisce che le problematiche esternalizzanti come la disattenzione e disturbi nella condotta sono influenzati da differenti variabili e risultare meno sensibili alla qualità del co-parenting.

Interpretazione complessiva

Nel complesso, i risultati delineano un quadro coerente: l’IPV, in un campione a bassa intensità di violenza, non sembra incidere direttamente sui figli, ma attraverso la compromissione del co-parenting, rappresentando un passaggio attraverso cui le difficoltà della relazione di coppia possono riflettersi sul benessere emotivo dei figli, in particolare sui sintomi internalizzanti.

Inoltre, i risultati preliminari indicano che il genere del figlio non risulta associato né ai livelli di IPV, né alla qualità del co-parenting, né al profilo complessivo di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti. Questo suggerisce che il meccanismo osservato opera in modo analogo nei maschi e nelle femmine e che l’associazione tra dinamiche familiari e sintomatologia infantile appaia connessa maggiormente al clima relazionale familiare in cui egli è inserito, più che alle caratteristiche individuali del bambino.

3.2 LIMITI E PUNTI DI FORZA

Il presente studio presenta alcuni limiti metodologici.

Un primo limite riguarda la natura trasversale del disegno di ricerca. Le analisi condotte consentono di individuare associazioni tra le variabili, ma non permettono di stabilire relazioni causali.

Infatti, riguardo ai modelli di mediazione per esempio, non è possibile affermare con certezza che un peggioramento del co-parenting porti ad una comparsa dei sintomi di internalizzazione nei figli, sappiamo solo che vi è una significativa associazione tra i due.

Un secondo limite è legato all'utilizzo esclusivo di strumenti self-report compilati dalle madri. Tale modalità di rilevazione può aver introdotto bias percettivi o di desiderabilità sociale, in particolare per variabili sensibili come la violenza di coppia, la qualità del co-parenting e anche le problematiche internalizzanti ed esternalizzanti dei loro figli: potrebbero dunque i genitori raccontarsi come migliori nelle loro condotte genitoriali e minimizzando le eventuali problematiche nei figli.

Per quanto sia garantito fin da subito l'anonimato e tutela della privacy, un genitore potrebbe comunque trovarsi in difficoltà a raccontare eventuali esperienze di violenza con il partner in quanto di per sé è un fenomeno che può, per difesa, venire minimizzato/giustificato non cogliendone la gravità o non accettandone l'esistenza. Tutto ciò può dare il rischio di ottenere un dato che non rifletta la reale stima degli eventi "reali" bensì una sottostima di essa.

Inoltre, un altro limite è relativo al fatto che la valutazione della sintomatologia nei figli è stata valutata indirettamente, basata sul punto di vista materno senza che venissero coinvolte altre fonti informative come gli insegnanti od osservazioni cliniche.

Un altro aspetto critico è relativo alla composizione del campione che è caratterizzato da bassa variabilità dell'IPV e il campione non clinico possono aver limitato la rilevazione di effetti diretti.

Accanto ai limiti, lo studio presenta diversi punti di forza. In primo luogo, l'attenzione specifica al co-parenting come meccanismo mediatorio rappresenta un contributo originale, in linea con i modelli più recenti che sottolineano l'importanza dei processi relazionali familiari.

Inoltre, l'utilizzo di strumenti con buona attendibilità interna e l'applicazione di modelli di mediazione avanzati tramite jAMM hanno consentito un'analisi statisticamente solida e coerente con le ipotesi teoriche. Un ultimo punto di forza è legato alla grandezza del campione, $N = 184$, un numero buono di partecipanti soprattutto considerando l'esclusione dei padri.

3.3 DIREZIONI FUTURE

Alla luce dei risultati ottenuti, potrebbero apparire promettenti diverse linee di ricerca futura.

Prima di tutto, sarebbe interessante realizzare degli studi longitudinali (in campioni con presenza forte di IPV) che permettano di seguire l'evoluzione del co-parenting ed i sintomi nei figli, nel tempo, rendendo possibile così verificare se il deterioramento della relazione genitoriale preceda effettivamente l'insorgenza del disagio emotivo.

Secondariamente, degli studi futuri potrebbero essere volti ad adottare un approccio multi-informant e multi-metodo, in primis includendo tutte le forme di violenza della Conflict Tactics Scale (CTS2) ed includendo il punto di vista dei padri, dei figli stessi e degli insegnanti. Questo consentirebbe di ridurre i bias eventuali legati all'autovalutazione e di cogliere in modo più preciso le dinamiche familiari.

Sarebbe inoltre utile indagare anche in merito alle altre dimensioni di violenza del Conflict Tactics Scale (CTS2) anche al fine di considerare l'intensità e la cronicità dell'esposizione, per comprendere quali aspetti risultino maggiormente dannosi per lo sviluppo dei minori e in quale modo, considerando all'interno del progetto anche tutte le dimensioni del co-parenting come mediatore.

Un'ulteriore direzione riguarda poi l'approfondimento delle dimensioni del co-parenting al fine di individuare quali componenti risultino più protettive o al contrario più un fattore di rischio rispetto ai differenti profili sintomatologici nei figli. Sarebbe interessante poi replicare lo studio in campioni clinici.

3.4 RICADUTE TEORICO-CLINICHE

I risultati del presente studio possono offrire importanti implicazioni sia sul piano teorico che applicativo.

Da un punto di vista teorico i dati confermano i modelli che considerano l'IPV come un fattore di rischio il cui effetto si realizza sui figli attraverso principalmente la compromissione del co-parenting.

Ciò rafforza la prospettiva relazionale, secondo cui il benessere del bambino dipende non solo dai comportamenti individuali dei genitori, ma dalla qualità della loro alleanza educativa (Feinberg et al. 2003).

Sul piano clinico, emerge l'importanza di interventi mirati al co-parenting nelle situazioni di violenza di coppia. Anche quando non è possibile intervenire direttamente sull'IPV, sostenere forme di collaborazione genitoriale più rispettose e protettive potrebbe ridurre il rischio di sintomi internalizzanti nei figli.

Una ricaduta applicativa potrebbe essere che nelle campagne di sensibilizzazione sulla violenza in famiglia (IPV/aggressività psicologica o altre) si potrebbe anche dedicare uno spazio all'importante ruolo del co-parenting e a quale impatto abbia un deterioramento del co-parenting sul benessere dei figli. All'importanza dunque del rispetto della genitorialità del partner e della sua autonomia, all'importanza di trovare un accordo nelle pratiche educative e quanto influenzi sia sui genitori stessi sia sui figli fenomeni come l'indebolimento genitoriale, fenomeno di una certa gravità ma non direttamente visibile.

Lo studio di Doss et al. (2020) si è concentrato su questi temi al fine di comprendere se degli interventi volti a migliorare il co-parenting nelle coppie

(nello specifico i conflitti di co-parenting) portino ad un miglioramento nell'adattamento dei bambini ad un anno dopo il programma.

Il programma “Our Relationship” consiste nell'esecuzione di alcune attività previste per entrambi i genitori ma vengono svolte separatamente. Le tre fasi sono: osservare, comprendere, rispondere. Nella fase dell'osservazione i partner singolarmente visualizzano il feedback sullo stato di funzionamento della loro coppia: i punti di forza e le aree problematiche. Il feedback viene dato col fine di aiutare le coppie a selezionare almeno un argomento di interesse su cui siano intenzionati a lavorare e concentrarsi per tutto il tempo del programma.

Successivamente, nella fase di comprensione, i partner cercano di raggiungere una comprensione profonda del problema su cui hanno scelto di focalizzarsi. In particolare devono identificare emozioni, fattori di stress esterni e modelli di comunicazioni che contribuiscono o esacerbano il problema.

Nella terza fase invece, quella di risposta, le coppie hanno appreso concetti come l'accettazione, cambiamento di sé, comunicazione sana e strategie di risoluzione dei problemi. Va specificato che il programma non include del materiale specifico sul co-parenting. Gli esiti sono i seguenti: durante l'intervento le coppie che hanno partecipato al programma hanno sperimentato una significativa riduzione del conflitto co-genitoriale.

Nel corso dell'anno successivo alla fine dell'intervento, i guadagni nella riduzione del conflitto si sono parzialmente attenuati e alla fine del follow-up di un anno non era statisticamente significativo l'abbassamento di conflitto, però la percentuale di coppie con conflitti gravi è diminuita visibilmente (da 9% pre trattamento a 3% post trattamento).

Infine, nei figli i genitori hanno riportato delle riduzioni significative sia nei sintomi internalizzanti che esternalizzanti nel confronto tra pre trattamento e il follow-up dopo un anno: “c'è stata una riduzione del 71-76% nel numero dei bambini che presentavano sintomi internalizzanti elevati (dal 25% al 6%) e sintomi esternalizzanti (dal 37% all'11%) dal basale a 14 mesi dopo”.

Concludendo, nonostante il programma di intervento possa ridurre il conflitto co-genitoriale durante la fase attiva dell'intervento, i guadagni vanno ad attenuarsi progressivamente nell'arco di un anno, questo suggerisce la necessità di interventi di richiamo per consolidare i miglioramenti nel coparenting o strategie di mantenimento.

Tuttavia, i benefici parziali nel clima familiare possono tradursi in benefici duraturi per i figli al contrario: nonostante l'attenuazione dei cambiamenti nel co-parenting, i genitori hanno riportato riduzioni significative di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nei figli un anno dopo l'intervento.

Proseguendo con altre implicazioni applicative in ottica preventiva-clinica, sarebbe auspicabile che i servizi che lavorano con famiglie esposte a conflittualità valutino costantemente la qualità del co-parenting, promuovano competenze relative alla gestione del conflitto e allo sviluppo di competenze comunicative come l'assertività, tutto questo col fine di ridurre l'esposizione dei bambini alle tensioni tra gli adulti.

Nei casi di IPV, come anche accennato nel capitolo 1, sicuramente è riconosciuta l'importanza di interventi di presa in carico integrata madre-figlio in modo che il sostegno alla genitorialità possa procedere in maniera parallela alla tutela della donna vittima di IPV.

Hardesty et al (2023) mostrano come le conseguenze psicologiche ed emotive della violenza interpersonale, se irrisolte, possono persistere a lungo dopo la cessazione della violenza e questo "può portare alla difficoltà nella regolazione delle emozioni, gestione dello stress e nello stabilire sani confini coi bambini, il che può contribuire a comportamenti genitoriali negativi (Gurtovenko & Katz, 2020)".

Inoltre, durante il periodo della prima infanzia e della scuola materna, la gestione congiunta dell'interazione familiare (inclusa la triangolazione e le coalizioni) potrebbe diventare sempre più importante per la genitorialità e per lo sviluppo socio-emotivo dei bambini (Feinberg et al., 2003).

Infine, relativamente al nostro studio, è possibile che la compilazione del questionario abbia favorito nei genitori una maggiore riflessione sulle proprie

dinamiche familiari e sul benessere emotivo dei figli svolgendo ad un ruolo di sensibilizzazione.

CONCLUSIONI

Il presente studio si è proposto di indagare la relazione tra l'esposizione alla violenza di coppia (Intimate Partner Violence – IPV), la qualità del co-parenting e la presenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti nei figli all'interno di un campione non clinico.

I risultati ottenuti offrono alcune indicazioni rilevanti.

In primo luogo, contrariamente alle ipotesi iniziali, l'IPV non è risultata associata in modo diretto ai sintomi internalizzanti nei figli.

Non necessariamente ciò suggerisce l'assenza di impatto della violenza domestica sul benessere dei figli: invece, appare coerente con modelli teorici relazionali in cui gli effetti dell'IPV si manifestano attraverso processi familiari intermedi piuttosto che mediante un'influenza lineare e immediata (Davies et al. 2006).

In questa prospettiva, il co-parenting emerge come una variabile particolarmente significativa. L'aumento dei livelli di IPV è risultato associato a un deterioramento del co-parenting e, a sua volta, una minore qualità del co-parenting è risultata collegata a maggiori livelli di sintomi internalizzanti nei figli. I modelli di mediazione hanno confermato tale quadro, evidenziando un effetto indiretto significativo dell'IPV sui sintomi internalizzanti attraverso il co-parenting, mentre non sono emersi effetti analoghi per i sintomi esternalizzanti.

In una visione di insieme quindi i dati suggeriscono che nei contesti in cui la violenza è presente ma a livelli bassi, l'impatto della conflittualità di coppia non si esprime mediante la conflittualità in sé ma piuttosto attraverso la qualità del co-parenting conseguente. Il deterioramento dell'alleanza genitoriale sembra quindi rappresentare il passaggio attraverso cui la difficoltà nella relazione di coppia può tradursi in vulnerabilità emotiva (per i bambini) ai sintomi internalizzanti.

Tali risultati appaiono coerenti con i modelli teorici che sottolineano il ruolo dei processi familiari nel modulare l'adattamento del bambino (modello di Feinberg; articolo di Davies et al. 2006) e suggeriscono che il funzionamento del sistema co-genitoriale possa costituire un fattore di rischio o di protezione a seconda della sua qualità.

Le implicazioni riguardano sia il piano della ricerca sia quello applicativo.

Possiamo trarre delle proposte relativamente alle applicazioni cliniche/preventive: i dati evidenziano l'importanza di interventi che, ad esempio, accanto alla tutela delle vittime di violenza, promuovano modalità di co-parenting (colleborazione genitoriale, ecc) più funzionali e riducano l'esposizione dei figli ai conflitti interparentali.

In alternativa, questo intervento può essere rivolto in generale a percorsi per genitori, sia pre che durante la genitorialità. Intervenire sul co-parenting potrebbe infatti rappresentare una via indiretta ma significativa per la prevenzione delle difficoltà internalizzanti nei bambini.

In conclusione, il presente lavoro contribuisce a evidenziare come il benessere dei figli non dipenda esclusivamente dalla presenza o assenza di eventi conflittuali, ma soprattutto dalla qualità delle relazioni familiari entro cui tali eventi vengono elaborati. La violenza di coppia, anche quando non direttamente associata alla sintomatologia, può incidere sullo sviluppo emotivo dei minori attraverso i cambiamenti che produce nell'organizzazione relazionale della famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a Parenting Alliance Inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31–40.
- Allen, J. J., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2018). The general aggression model. *Current opinion in psychology*, 19, 75-80.
- American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.; DSM-5). American Psychiatric Association Publishing.
- Anderson C.A., Bushman B.J. (2002). “Human aggression”. *Annual Review of Psychology*, 53: 27-51.
- Apollonio M.G. (2013), Imparare a riconoscere le strategie di sopravvivenza delle vittime. In P. Romito e M. Melato (Eds.), *La violenza sulle donne e sui minori: Una guida per chi lavora sul campo*, Carocci.
- Aronson, E., Wilson, T. D., & Sommers, S. R. (2019). *Psicologia sociale*. Il Mulino.
- Bandura A. (1977). *Social Learning Theory*. General Learning Press.
- Belsky, J., Putnam, S., & Crnic, K. (1996). Coparenting, parenting, and early emotional development. In J. P. McHale & P. A. Cowan (Eds.),

Understanding how family-level dynamics affect children's development: Studies of two-parent families (New Directions for Child Development, No. 74 pp. 45–55). Jossey-Bass.

- Belsky, J., Rovine, M., & Fish, M. (1989). The developing family system. In E. T. Megan & R. Gunnar (Ed.), *Systems and development. The Minnesota symposia on child psychology*, (Vol. 22, pp. 119–166). Lawrence Erlbaum Associates.
- Berkowitz L. (1993). *Aggression*. McGraw-Hill.
- Berkowitz, L., & Alioto, J. T. (1973). The meaning of an observed event as a determinant of its aggressive consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28(2), 206-214.
- Berkowitz, L. (1973) The case for bottling up rage. *Psychology Today*, 7 , 24-31.
- Black, D. S., Milam, J., & Sussman, S. (2009). Sitting-Meditation interventions among youth: a review of treatment efficacy. *Pediatrics*, 124(3), e532–e541.
- Block, J. H., Block, J., & Morrison, A. (1981). Parental agreement—disagreement on childrearing orientations and gender-related personality correlates in children. *Child Development*, 52, 965–974.
- Bornstein, M. H. (2002). *Development in infancy: An introduction*. Psychology Press.

- Bongers, I. L., Koot, H. M., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of abnormal psychology*, 112(2), 179.
- Bronte-Tinkew, J., Horowitz, A., & Carrano, J. (2010). Aggravation and stress in parenting: Associations with coparenting and father engagement among resident fathers. *Journal of Family Issues*, 31(4), 525-555.
- Burke, C. A. (2010). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133–144.
- Camisasca E. (2009), Traiettorie di internalizzazione ed esternalizzazione in bambini maltrattati: il ruolo dell'attaccamento. *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 11(3).
- Camisasca E., Miragoli S. e Di Blasio P. (2014). La disorganizzazione dell'attaccamento spiega i sintomi post-traumatici nei bambini vittime di violenza intrafamiliare? *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia* (2).
- Camisasca, E., Di Blasio, P., Traficante, D., Lombardi, E., Balzarotti, S., Marelli, A., Bavagnoli, A., & Miragoli, S. (2023). The Coparenting Relationship Scale: The first contribution to the validation of the measure in Italian mothers and fathers. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*
- Cancrini L. (2012). *La cura delle infanzie infelici*. Raffaello Cortina.

- Caprara G.V., Paciello M., Gerbino M., Cugini C. (2007). "Individual differences conducive to aggression and violence: trajectories and correlates of irritability and hostile rumination through adolescence". *Aggressive Behavior*, 33(4), 359-374.
- Carlson, B. E. (1984). Children's observations of interparental violence. In A. R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families* (pp. 147–167). Springer.
- Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence, and Abuse*, 1, 321--342.
- Christensen, A., & Margolin, G. (1988). Conflict and alliance in distressed and non-distressed families. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families* (pp. 263–282). Clarendon Press.
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E., & King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering. *American journal of public health*, 90(4), 553.
- Corboz-Warnery, A., Fivaz-Depeursinge, E., Bettens, C. G., & Favez, N. (1993). Systemic analysis of father-mother-baby interactions: The Lausanne triadic play. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 298-316.
- Corvo K., Dutton D., Chen W.Y. (2008), "Toward evidence-based practice with domestic violence perpetrators", *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 16, 2: 111-130.

- Cowan, P., & McHale, J. (1996). Coparenting in a family context: Emerging achievements, current dilemmas and future directions. In J. P. McHale & P. A. Cowan (Eds.), *Understanding how family-level dynamics affect children's development: Studies of two-parent families. New directions for child development, No. 74* (pp. 93–106). Jossey-Bass.
- Cyrulnik B. (2011), *Resilience: How Your Inner Strength Can Set You Free from the Past*, New York, Tarcher; trad. it. *Costruire la resilienza: La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Trento, Erickson.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. Guilford Press.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological bulletin*, 116(3), 387.
- Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., Winter, M. A., Cummings, E. M., & Farrell, D. (2006). Child adaptational development in contexts of interparental conflict over time. *Child development*, 77(1), 218-233.
- Deal, J. E., Halverson, C. F., Jr., & Wampler, K. S. (1989). Parental agreement on child-rearing orientations: Relations to parental, marital, family, and child characteristics. *Child Development*, 60, 1025–1034.
- Delvecchio, E., Mabilia, D., Di Riso, D., Salcuni, S., & Lis, A. (2013). *Family and Families*. Padova: UNIPRESS.

- DeWall, C. N., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of violence*, 1(3), 245.
- DeWall, C. N., Twenge, J. M., Gitter, S. A., & Baumeister, R. F. (2009). It's the thought that counts: The role of hostile cognition in shaping aggressive responses to social exclusion. *Journal of personality and social psychology*, 96(1), 45.
- Di Blasio P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino.
- Di Blasio P. (2009), *Paura e violenza nelle relazioni affettive*. Relazione al Convegno Internazionale «Intrecci Traumatici: nuove prospettive e strategie di intervento», Università Cattolica del Sacro Cuore.
- Di Pietro & Bassi (2021). *L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva: Strumenti di valutazione e tecniche per il trattamento*. Erickson.
- Dorsey, S., Forehand, R., & Brody, G. (2007). Coparenting conflict and parenting behavior in economically disadvantaged single parent African American families: The role of maternal psychological distress. *Journal of Family Violence*, 22(7), 621-630.
- Doss, B. D., Knopp, K., Roddy, M. K., Rothman, K., Hatch, S. G., & Rhoades, G. K. (2020). Online programs improve relationship functioning for distressed low-income couples: Results from a nationwide randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 283.

- Dutton D.G. e Hart S.D. (1992), Evidence for long term, specific effects of childhood abuse and neglect on criminal behavior in men. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36(2), 129-137.
- Edleson, J. L. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839--870.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (2006). Emotion regulation and children's socioemotional competence. IN W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology*, (pp. 357-387). Wiley.
- Emery, R. E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92(2), 310--330.
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and violent behavior*, 13(2), 131-140.
- Everson M.D. et al. (1989), Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, pp. 197-207.
- Fantuzzo, J. W., & Lindquist, C. U. (1989). The effects of observing conjugal violence on children: A review and analysis of research methodology. *Journal of Family Violence*, 4, 77--94.
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*, 9, 21--32

- Favez, N., Frascarolo, F., & Tissot, H. (2017). The family alliance model: a way to study and characterize early family interactions. *Frontiers in Psychology*, 8, 1441. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01441>
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: science and practice*, 3(2), 95-131. Doi: 10.1207/s15327922par0302_01
- Feinberg, M. E., Brown, L. D., & Kan, M. L. (2012). A Multi-Domain Self-Report Measure of Coparenting. *Parenting, science and practice*, 12(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/15295192.2012.638870>
- Feinberg, M. E., Kan, M. L., & Hetherington, E. M. (2007). The longitudinal influence of coparenting conflict on parental negativity and adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 687-702.
- Feldman, R., Masalha, S., & Derdikman-Eiron, R. (2010). Conflict resolution in the parent–child, marital, and peer contexts and children’s aggression in the peer group. *Developmental psychology*, 46(2), 310.
- Fivaz-Depeursinge, E., & Corboz-Warnery, A. (1999). *The primary triangle*. Basic Books.
- Flouri, E., Midouhas, E., Charman, T., & Sarmadi, Z. (2015). Poverty and the growth of emotional and conduct problems in children with autism with and without comorbid ADHD. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9), 2928-2938.

- Floyd, F. J., & Zmich, D. E. (1991). Marriage and parenting partnership: Perceptions and interactions of parents with mentally retarded and typically developing children. *Child Development*, 62, 1434–1448.
- Fonagy P. (2002), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, ed. or. 2001.
- Forehand, R., Jones, D. J., Brody, G. H., & Armistead, L. (2002). African American children's adjustment: The roles of maternal and teacher depressive symptoms. *Journal of Marriage and Family*, 64(4), 1012-1023.
- Formoso, D., Gonzales, N. A., & Aiken, L. S. (2000). Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *American journal of community psychology*, 28(2), 175-199.
- Forsstrom-Cohen , B., & Rosenbaum, A. (1985). The effects of parental marital violence on young adults: An exploratory investigation. *Journal of Marriage and the Family*, 47, 467--471.
- Fraiberg, S. (1999). *Il sostegno allo sviluppo*. Raffaello Cortina Editore.
- Framo, J. L. (1972). *Family interaction: A dialogue between family researchers and family therapists*. Springer.
- Frank, S., Jacobson, S., & Hole, C. B. (1986). Psychological predictors of parents' sense of confidence and control and self- versus child-focused gratifications. *Developmental Psychology*, 22(3), 348–355.

- Freud S. (1896). *L'hérédité et l'etiologie des névroses*, *Revue neurologique*, 4: 161-169 (trad. it. Ereditarietà ed etiologia delle nevrosi, in Freud S. Opere, vol. II, Boringhieri).
- Freud S. (1900), *Die Traumdeutung*, Franz Deuticke, Leipzig – Vienna (trad. it. *L'interpretazione dei sogni*, in Freud S. Opere, vol. III, Boringhieri, 1966)
- Gable, S., Belsky, J., & Crnic, K. (1995). Coparenting during the child's 2nd year: A descriptive account. *Journal of Marriage & the Family*, 57(3), 609–616.
- Gelles, R.J. and Straus, M.A. (1979), Violence in the American Family. *Journal of Social Issues*, 35, 15-39. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1979.tb00799.x>
- Goldin, G., (2020). Lausanne Trilogue Play: co-genitorialità e applicazioni cliniche. State of Mind. <https://www.stateofmind.it/2020/10/lausanne-trilogue-play/>
- Goleman, D., Kabat-Zinn, J., Rinpoche, S., & Saron, C. (2017). *Guarire con la meditazione, i benefici della pratica contemplativa*. Armita Edizioni.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Greenberg, M. T., & Harris, A. R. (2012). Nurturing mindfulness in children and youth: Current state of research. *Child development perspectives*, 6(2), 161-166.

- Grotsky L., Camerer C. e Damiano L. (2000), *Group Work with Sexually Abused Children. A Practitioner's Guide*, Thousand Oaks, CA, Sage, adattamento disponibile al link: <http://www.centrotiama.it/home/sepazien.html>.
- Hackel, L. S., & Ruble, D. N. (1992). Changes in marital relationship after the first baby is born: Predicting the impact of expectancy disconfirmation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 944–957.
- Hardesty, J. L., Ogolsky, B. G., & Akinbode, T. D. (2024). Coparenting and intimate partner violence. *Family Court Review*, 62(1), 131-145.
- Henning, K., Leitenberg, H., Coffey, P., Turner, T., & Bennett, R. T. (1996). Long--term psychological and social impact of witnessing physical conflict between parents. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(1), 35--51.
- Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 9(1), 84–99.
- Hetherington, E. M., Cox, M., & Cox, R. (1982). Effects of divorce on parents and children. In M. E. Lamb (Ed.), *Nontraditional families* (pp. 233-288). Lawrence Erlbaum Associates.
- Hokanson, J. E. (1974). An Escape-Avoidance View of Catharsis. *Correctional Psychologist*, 1(3), 195-223.
<https://doi.org/10.1177/009385487400100301>

- Hokanson, Jack E. (1970). Psychophysiological evaluation of the catharsis hypothesis. In E. I. Megargee and Jack A. Hokanson (Eds.), *The Dynamics of Aggression* (pp. 123-148). Harper and Row
- Holden, G. W. (1998). Introduction: The development of research into another consequence of family violence. In E. W. Holden & R. Geffner & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 1-20). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hughes HM, Parkinson D, Vargo M. (1989). Witnessing spouse abuse and experiencing physical abuse: A “double whammy”? *Journal of Family Violence*. 1989; 4, 197–209.
- Humphreys J. e Campbell C. (2004), *Family violence and nursing practice*. Lippincott Williams Wilkins.
- Ihinger-Tallman, M., Pasley, K., & Beuhler, C. (1995). Developing a middle-range theory of father involvement postdivorce. In W. Marsiglio (Ed.), *Fatherhood: Contemporary theory, research, and social policy*. (Vol. 7 pp. 57–77). Sage.
- In P. Kerig & K. Lindahl (Eds.). (2001). *Family observational coding systems: Resources for systemic research* (pp. 151–170). Lawrence Erlbaum Associates.

- Jacobvitz, D. B., & Bush, N. F. (1996). Reconstructions of family relationships: Parent–child alliances, personal distress, and self-esteem. *Developmental Psychology*, 32(4), 732.
- Jaffe P.G., Wilson S.K. e Wolfe D. (1990), *Children of battered women*. Sage.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., & Arseneault, L. (2002). Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems: An environmentally informative twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(9), 1095-1103.
- Jouriles, E. N., Rosenfield, D., McDonald, R., & Mueller, V. (2014). Child involvement in interparental conflict and child adjustment problems: A longitudinal study of violent families. *Journal of abnormal child psychology*, 42(5), 693-704.
- Kaes, R. (2013). *Il malessere* (M. Sommanticcio, Trad.). Borla
- Kalmuss, D. (1992). Parenting expectations, experiences, and adjustment to parenthood: A test of the violated expectations framework. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 516–524.
- Katz, L. F., Gurtovenko, K., Maliken, A., Stettler, N., Kawamura, J., & Fladeboe, K. (2020). An emotion coaching parenting intervention for families exposed to intimate partner violence. *Developmental psychology*, 56(3), 638.

- Kaufman, J. et al. (2016) K-SADS-PL DMS-5. Yale University. (Trad. it. 2008: Trento, Edizioni Centro Studi Erickson).
- Kearney C.A., Wechsler A., Kaur H. e Lemos-Miller A. (2010), Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: a review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(1), 37-76.
- Kerig, P. K. (1995). Triangles in the family circle: Effects of family structure on marriage, parenting, and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 28.
- Kernsmith P. (2006), "Gender differences in the impact of family of origin violence on perpetrators of domestic violence", *Journal of Family Violence*, 21(2), 163-171
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339--352.
- Kolbo, J. R., Blakely, E. H., & Engleman, D. (1996). Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 281--293.
- Laible, D., Carlo, G., Murphy, T., Augustine, M., & Roesch, S. (2014). Predicting children's prosocial and co-operative behavior from their temperamental profiles: A person-centered approach. *Social Development*, 23(4), 734-752.

- Levine P.A. (2005), *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom*. Sounds True.
- Lindahl, K., Clements, M., & Markman, H. (1998). The development of marriage: A 9-year perspective. In T. N. Bradbury (Ed.), *The developmental course of marital dysfunction* (pp. 205–236). New York: Cambridge University Press.
- Liotti G. e Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, Clinica e Terapia della Dimensione Dissociativa*. Raffaello Cortina.
- Luberti, R., & Grappolini, C. (2017). *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli: Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Maccoby, E. E., Buchanan, C. M., Mnookin, R. H., & Dornbusch, S. M. (1993). Postdivorce roles of mothers and fathers in the lives of their children. *Journal of Family psychology*, 7(1), 24.
- Main M. e Cassidy J. (1998), Categories of response to reunion with the parent at age six: predictability from infant attachment classifications and stable across a one-month period. *Developmental Psychology*, 34(3), 364-374.
- Maker, A. H., Kemmelmeier, M., & Peterson, C. (1998). Long--term psychological consequences in women of witnessing parental physical conflict and experiencing abuse in childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 13(5), 574-589.

- Malacrea M. (2006), Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine. In D. Bianchi e E. Moretti (Eds.), *Vite in bilico: Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, (Quaderno 40). Centro nazionale Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza.
- Malacrea M. (2010), Abuso all'infanzia: una terapia per piccoli pazienti molto difficili. In E. Simonetta (Ed.), *Esperienze traumatiche in età evolutiva: EMDR come terapia*. FrancoAngeli.
- Malacrea M. e Pessina C. (2008), Parliamo di te, Strumento disponibile online nella versione per bambini sul sito: www.bambiniintrappola.it e nella versione per adolescenti richiedibile all'indirizzo e-mail: tiama@galdus.it.
- Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. In P. K. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 57—101). American Psychological Association.
- Margolin, G., & Gordis, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Reviews Psychology*, 51, 445–479.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two parent families. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 3–21.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & Oliver, P. H. (2004). Links between marital and parent–child interactions: Moderating role of husband-to-wife aggression. *Development and psychopathology*, 16(3), 753-771.

- Margolin, G., & Gordis, E. B. (2004). Children's exposure to violence in the family and community. *Current Directions in psychological science*, 13(4), 152-155.
- McHale, J. P. (1995). Coparenting and triadic interactions during infancy: The roles of marital distress and child gender. *Developmental Psychology*, 31(6), 985–996.
- McHale, J. P. (1997). Overt and covert coparenting processes in the family. *Family Process*, 36(2), 183–201.
- McHale, J. P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship systems. *Infant mental health journal*, 28(4), 370-392.
- McHale, J. P., Kuersten-Hogan, R., Lauretti, A., & Rasmussen, J. L. (2000). Parental reports of coparenting and observed coparenting behavior during the toddler period. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 220–236.
- McHale, J. P., Kuersten, R., & Lauretti, A. (2000). Evaluating coparenting and family-level dynamics during infancy and early childhood: The Coparenting and Family Rating System.
- Minuchin, P. (1985). Families an individual development: Provocations from the field of family therapy. *Child Development*, 56, 289–302.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Harvard University Press.

- Montecchi F., Bufacchi C. e Viola S. (2002), L'accoglienza dei bambini testimoni di violenza. *Rivista di terapia relazionale*, 15(2), 45-60.
- Moore T.E. e Pepler D.J. (1998), Correlates of adjustment in children at risk. In G.W. Holden, R. Geffner e E. Jouriles (a cura di), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and intervention* (pp.101-125). American Psychological Association.
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of family Violence*, 25(1), 53-63.
- Nantel-Vivier, A., Pihl, R. O., Côté, S., & Tremblay, R. E. (2014). Developmental association of prosocial behaviour with aggression, anxiety and depression from infancy to preadolescence. *Journal of child psychology and psychiatry*, 55(10), 1135-1144.
- Ortiz, R., & Sibinga, E. M. (2017). The Role of Mindfulness in Reducing the Adverse Effects of Childhood Stress and Trauma. *Children*, 4(3), 16.
- Oz A. (2004), *Contro il fanatismo*, Feltrinelli.
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577-588.

- Russell, A., & Russell, G. (1994). Coparenting early school-age children: An examination of mother–father interdependence within families. *Developmental Psychology*, 30, 757–770.
- Salerno, A., & Giuliano, S. (2012). *La violenza indicibile. L'aggressività femminile nelle relazioni interpersonali*. Franco Angeli.
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 297–312
- Signorelli, M. S., Arcidiacono, E., Musumeci, G., Di Nuovo, S., & Aguglia, E. (2014). Detecting domestic violence: Italian validation of revised Conflict Tactics Scale (CTS-2). *Journal of family violence*, 29, 361-369.
- Simonelli, A. (2014). *La funzione genitoriale. Sviluppo e psicopatologia*. Raffaello Cortina.
- Simonelli, A., Bighin, M., & De Palo, F. (2012). *Il Lausanne Trilogue Play. Modelli di ricerca e di intervento*. Raffaello Cortina.
- Sommer, K. S., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Gondoli, D. M., Burke, J., Maxwell, S. E., & Weed, K. (2000). Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional delays in children of adolescent mothers. *Adolescence*, 35(137).
- Steinmetz, S. K., & Straus, M. A. (1973). The family as cradle of violence. *Society*, 10(6), 50-56.

- Steinmetz, S.K.; Straus, M.A. (eds.). (1973) *Violence in the family*. Dodd, Mead.
- Sternberg KJ, Baradaran LP, Abbot CB, Lamb ME, Guterman E. (2006) Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: A mega-analysis. *Developmental Review*, 26, 89–112.
- Stout K.D. (1993), Intimate femicide: A study of men who have killed their mates. *Journal of Offenders Rehabilitation*, 19.
- Straus, M. A. (1974). Leveling, Civility, and Violence in the Family. *Journal of Marriage and Family*, 36(1), 13- 29.
<https://doi.org/10.2307/350990>
- Straus, M. A. (1974). Leveling, civility, and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family* 36(1), 13-29.
- Straus, M. A. (1979). *Conflict Tactics Scales (CTS)* [Database record]. APA PsycTests.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75–88. <https://doi.org/10.2307/351733>
- Straus, M. A. (1992). Children as witnesses to marital violence: A risk factor for lifelong problems among a nationally representative sample of American men and women. In D. F. Schwarz (Ed.), *Children and violence:*

Report of the Twenty--Third Roundtable on Critical Approaches to Common Pediatric Problems (pp. 98-109). Ross Laboratories.

- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. U. E., & Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, 17(3), 283-316.
<https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Tobia, V., & Marzocchi, G. M. (2018). The strengths and difficulties questionnaire-parents for Italian school-aged children: Psychometric properties and norms. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(1), 1-8.
- Torres, A., Navarro, P., García-Esteve, L., Tarragona, M. J., Ascaso, C., Herreras, Z., et al. (2009). Detecting domestic violence: Spanish external validation of the index of spouse abuse. *Journal of Family Violence*, 25(3), 275–286. doi:10.1007/s10896-009-9290-z.
- Van der Kolk, B. (2020). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.
- Van Egeren, L. A. (2000). The development of coparenting over the transition of parenthood.
- Vaughn, B. E., Block, J. H., & Block, J. (1988). Parental agreement on child rearing during early childhood and the psychological characteristics of adolescents. *Child Development*, 59(4), 1020–1033.
- Verardo A.R., Cioccolanti E. e Giovannozzi G. (2016), Trauma e risposta allo stress: il contributo della teoria polivagale. In A.R. Verardo,

Attaccamento traumatico: il ritorno alla sicurezza. Il contributo dell'EMDR nei traumi dell'attaccamento in età evolutiva, Giovanni Fioriti.

- Vissing, Y. M., Straus, M. A., Gelles, R. J., & Harrop, J. W. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child abuse & neglect*, 15(3), 223-238.
- Vissing, Y. M., Straus, M. A., Gelles, R. J., & Harrop, J. W. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child abuse & neglect*, 15(3), 223-238.
- Vuchinich, S., Emery, R. E., & Cassidy, J. (1988). Family members as third parties in dyadic family conflict: Strategies, alliances, and outcomes. *Child Development*, 59(5), 1293-1302.
- Weinstein, N., & Ryan, R. M. (2010). When helping helps: autonomous motivation for prosocial behavior and its influence on well-being for the helper and recipient. *Journal of personality and social psychology*, 98(2), 222-244.
- Weissman, S., & Cohen, R. S. (1985). The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 12, 24-45.
- Whiting J.B., Simmons L.A., Havens J.R., Smith D.B., Oka M. (2009), "Intergenerational transmission of violence: the influence of self-appraisals, mental disorders and substance abuse" *Journal of Family Violence*, 24, 639-648

- Wolak, J., & Finkelhor, D. (1998). Children exposed to partner violence. In J. Jasinski & L. M. Williams (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research* (pp. 73–112). Sage.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical child and family psychology review*, 6(3), 171-187.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290-302.
-

SITOGRAFIA

- CISMAI (2005), *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza domestica assistita da maltrattamento sulle madri*, www.cismai.org.
- CISMAI (2006), *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri* (2005), «Prospettive Sociali e Sanitarie», aprile; «Maltrattamento e Abuso all’Infanzia», vol. 8.

- Consiglio d'Europa (2011). *Combating violence against women: minimum standards for support services*. <https://rm.coe.int/16805f8b9c>
- Elia, J. (2025). Disturbi psichiatrici nei bambini e negli adolescenti. In MSD Manuale – casa.
<https://www.msdmanuals.com/it/professionale/pediatria/disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-negli-adolescenti/panoramica-sui-disturbi-psichiatrici-nei-bambini-e-adolescenti>
- Gazzotti, M. (2023, 6 luglio). Disturbi internalizzanti ed esternalizzanti: cosa si intende? *State of Mind*.
<https://www.stateofmind.it/2023/07/disturbi-internalizzanti-esternalizzanti/>
- <https://www.amnesty.ch/it/news/2007/8-marzo-giornata-mondiale-della-donna#:~:text=Una%20donna%20su%20tre%20nel,violenza%20sulle%20donne%20%E2%80%94%20amnesty.ch>
- <https://www.garanteinfanzia.org/maltrattamenti-aumentati-58/>
- <https://www.istat.it/comunicato-stampa/la-violenza-contro-le-donne-dentro-e-fuori-la-famiglia-primi-risultati-anno-2025/>
- https://www.msdmanuals.com/it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/disturbi-di-salute-mentale-nei-bambini-e-negli-adolescenti/disturbo-depressivo-e-da-disregolazione-dell-umore-nei-bambini-e-negli-adolescenti#Trattamento_v42592525_it(DiJosephine Elia, MD, Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson

University. Reviewed By Alicia R. Pekarsky, MD, State University of New York Upstate Medical University, Upstate Golisano Children's Hospital, 2023)

- <https://www.msmanuals.com/it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/disturbi-di-salute-mentale-nei-bambini-e-negli-adolescenti/disturbo-depressivo-e-da-disregolazione-dell-umore-nei-bambini-e-negli-adolescenti>
- <https://www.opl.it/psicologia-attuale/violenza-2.php>
- <https://www.stateofmind.it/2023/07/disturbi-internalizzanti-esternalizzanti/>
- Istituto Italiano di Formazione in Analisi Bioenergetica, (n.d.) *Analisi bioenergetica: cos'è l'analisi bioenergetica.* <https://iifab.org/analisi-bioenergetica/cosa-e-l-analisi-bioenergetica>
- L. Iesu (2012), *La violenza domestica: definizione e correlati psicologici.* https://www.aiafrivista.it/violenza_domestica_definizione_e_correlati_psicologici
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.* OMS. <https://who.int/publications/i/item/978240022256>

- State of Mind, redazione, (2014) Violenza di Genere e Dipendenze Affettive. <https://www.stateofmind.it/2024/06/violenza-di-genere-cognitivismo-clinico/>

Riferimenti bibliografici relativi alle tabelle – analisi (paragrafo 2.5):

- 1) The jamovi project (2025). *jamovi*. (Version 2.7) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- 2) R Core Team (2025). *R: A Language and environment for statistical computing*. (Version 4.5) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from CRAN snapshot 2025-05-25).
- 3) Gallucci, M. (2020). *jAMM: jamovi Advanced Mediation Models*. [jamovi module]. Retrieved from <https://jamovi-amm.github.io/>.
- 4) Soetaert, K. (2019). *diagram: Functions for Visualising Simple Graphs (Networks), Plotting Flow Diagrams*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=diagram>.
- 5) Rosseel, Y. (2019). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. [link](#).
- 6) Fox, J., & Weisberg, S. (2024). *car: Companion to Applied Regression*. [R package]. Retrieved from <https://cran.r-project.org/package=car>.
-