



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione  
DPSS**

**Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e  
delle Relazioni Interpersonali**

**Elaborato finale**

**Intimate Partner Violence e il suo impatto sullo sviluppo  
di sintomi di Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)  
in bambini di età prescolare**

**Intimate Partner Violence and Its Impact on the Development of Post-  
Traumatic Stress Disorder (PTSD) Symptoms in Preschool-Aged Children**

***Relatrice:*  
Prof.ssa Sara Scrimin**

***Laureanda: Francesca Piunti  
Matricola: 2045730***

Anno Accademico 2023/2024

## INDICE

<b>Introduzione</b> .....	<b>3</b>
<b>CAPITOLO 1</b> .....	<b>4</b>
1.1 Intimate Partner Violence: una breve inquadratura .....	4
1.2 La violenza assistita e il suo impatto sul funzionamento socio-emotivo e comportamentale nei bambini di età prescolare .....	5
1.2.1 Materiali e discussione .....	5
<b>CAPITOLO 2</b> .....	<b>10</b>
2.1 Disturbo da Stress Post-Traumatico in età prescolare .....	10
2.2 Impatto dell'IPV sullo sviluppo del PTSD prescolare .....	11
2.2.1 Materiali e discussione .....	12
<b>CAPITOLO 3</b> .....	<b>17</b>
3.1 L'epidemia nascosta .....	17
3.2 Considerazioni conclusive .....	20
<b>Bibliografia</b> .....	<b>22</b>
<b>Sitografia</b> .....	<b>24</b>

## Introduzione

Il presente elaborato andrà ad indagare il legame esistente tra l'Intimate Partner Violence (IPV) e lo sviluppo di sintomatologia post-traumatica e Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) in bambini di età prescolare.

Si inizierà delineando brevemente i concetti di IPV e violenza assistita, per poi focalizzarsi sulle conseguenze disastrose nei diversi domini di sviluppo dei bambini che ne sono vittime, in particolar modo nel funzionamento socio-emotivo e comportamentale. Nella seconda parte si affronterà poi il tema del PTSD prescolare e il significativo impatto che la testimonianza di episodi di IPV riveste nello sviluppo del disturbo, influenzando l'emergere dei sintomi dei quattro *cluster* principali, quali il rivivere, l'evitamento, la disregolazione dell'*arousal* e le alterazioni negative in umore e cognizione. Particolare attenzione verrà focalizzata sui diversi sintomi di alterazione dell'eccitazione fisiologica. Infine, si proporrà un prospetto riassuntivo di quanto esposto nei capitoli precedenti, talvolta unendo agli articoli analizzati citazioni tratte da *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche* di Bessel Van der Kolk (2015), tra i massimi esponenti mondiali nel campo del PTSD.

Per quanto concerne la metodologia, la ricerca è stata condotta attraverso un'analisi della letteratura scientifica internazionale più recente (dal 2015 al 2024) sull'argomento, usando i motori di ricerca Google Scholar, PubMed e PsycInfo con parole chiavi quali "IPV", "PTSD", "pre-school aged children", "witnessed violence". A fronte di una grande quantità di materiale a riguardo, la ricerca è stata ristretta alla fascia evolutiva compresa tra la prima infanzia e l'età prescolare. Inoltre, per esigenze di spazio, lo studio si è concentrato esclusivamente su esperienze di IPV ai danni della madre, in quanto, nonostante sia ben documentato come ne siano vittime anche gli uomini, le stime di prevalenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono molto più alte nelle donne, di cui circa il 10-69% subisce almeno una volta nella vita aggressioni fisiche da parte di un partner intimo maschile (Izagirre e Calvete, 2015). Gli articoli selezionati sono presentati in modo sintetico all'interno dei primi due capitoli, in apposite tabelle (Tabella 1 e Tabella 2) che contengono indicazioni su autori, anno di pubblicazione, obiettivi, metodi e risultati principali di ciascuna ricerca.

# CAPITOLO 1

## 1.1 Intimate Partner Violence: una breve inquadratura

L'Intimate Partner Violence (IPV), da un punto di vista terminologico, si inserisce all'interno dello spettro più ampio rappresentato dalla violenza domestica, indicante, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), "qualsiasi episodio, o modello di episodi, di comportamento controllante, coercitivo o minaccioso, di violenza o abuso, tra persone di età pari o superiore ai 16 anni che sono o sono stati partner intimi o familiari, indipendentemente dal loro genere o dalla loro sessualità" (Dey e Thakar, 2022: 90). Più specificatamente, l'IPV comprende episodi di violenza fisica, sessuale, emotiva, economica e comportamenti controllanti (come lo stalking) da parte del partner attuale o passato, escludendo quindi altre tipologie di violenza che, pur essendo perpetrate tra le mura domestiche, non sono agite in una relazione sentimentale significativa (Santambrogio, Colmegna, Trotta, Cavalleri, e Clerici, 2019). L'IPV può variare nella gravità e nella frequenza: se la violenza fisica e sessuale sono perlopiù occasionali e situazionali, quella emotiva o psicologica è caratterizzata da perpetuazione e ripetizione, tali da sfociare nella forma più forte e pervasiva di violenza, il controllo. Tale asimmetria di forze si presenta nel momento in cui un partner domina sull'altro, tramite mezzi quali l'attacco al senso del Sé e dell'autostima, costante svalutazione o *gaslighting*, minacce e uso della violenza. La violenza emotiva si configura quindi come una componente essenziale dell'IPV, tale da precedere e favorire il cronicizzarsi delle altre forme (Santambrogio et al., 2019).

L'IPV è drammaticamente comune, tanto da colpire ogni anno milioni di persone. Stando ai dati del National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS)<sup>1</sup> del Centers for Disease Control and Prevention (CDC), circa il 41% delle donne e il 26% degli uomini hanno subito violenza fisica, sessuale e/o stalking e oltre 61 milioni di donne e 53 milioni di uomini sono stati vittime di aggressioni psicologiche per mano di un partner intimo nel corso della loro vita.

---

<sup>1</sup> Si tratta, nello specifico, di un sondaggio in corso che raccoglie i dati più tempestivi e completi a livello nazionale sulla violenza sessuale, lo stalking e la vittimizzazione dell'IPV negli Stati Uniti, al fine di potenziare i relativi programmi di prevenzione.

## 1.2 La violenza assistita e il suo impatto sul funzionamento socio-emotivo e comportamentale nei bambini di età prescolare

Si definisce violenza assistita il “fare esperienza da parte del/la bambino/a di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori su figure di riferimento o altre figure affettivamente significative adulte o minori” (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’Infanzia – Cismai, 2017). Nella testimonianza di IPV, è noto come il bambino possa farne esperienza diretta o indiretta: nel primo caso quando la violenza avviene nel suo campo percettivo, nel secondo nel momento in cui ne viene a conoscenza o ne percepisce gli effetti, come segni fisici. Tuttavia, la ricerca ha dimostrato che nell’85-90% dei casi i bambini sono testimoni oculari degli agiti violenti che si verificano in casa (Izaguirre e Calvete, 2015). Si tratta di una violenza psicologica, subdola e silenziosa, difficile da raccontare, identificare e definire, ma che lascia profonde e dolorose ferite nella psiche dei bambini che ne sono vittime. Le conseguenze negative interessano molte aree del funzionamento, con sintomi a breve e a lungo termine, tra cui: enuresi ed encopresi, disturbi dell’alimentazione, del sonno e del pianto, bassa autostima e mancanza di fiducia negli altri, affettività coartata ed instabilità emotionale, depressione, ritardi nello sviluppo e nell’apprendimento, problemi di dipendenze (Di Blasio, 2000). I domini compromessi in modo più frequente e pervasivo, su cui ci si concentrerà nella prossima sezione, includono il legame di attaccamento, l’adattamento e le competenze socio-emotive e comportamentali.

### 1.2.1 Materiali e discussione

**Tabella 1** – Riassunto degli articoli analizzati

<b>Autori e anno di pubblicazione</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Metodi</b>	<b>Risultati</b>
Izaguirre, A. e Calvete, E. (2015)	Valutare, attraverso i racconti delle madri, l’impatto dell’IPV sui problemi emotivo-comportamentali dei figli di donne che hanno subito violenza domestica.	Studio qualitativo (30 madri con storie di IPV e i loro bambini) condotto tramite interviste semi-strutturate e analisi tematica delle esperienze delle partecipanti.	Da quanto emerso dai racconti delle madri, in seguito alla testimonianza della violenza i bambini sviluppavano problemi psicologici, sociali e scolastici. Inoltre, in alcuni casi, sono stati evidenziati comportamenti aggressivi e violenti rivolti verso le madri, portando le donne ad una doppia vittimizzazione. In altri casi,

			invece, i bambini hanno mostrato segni di maturità e resilienza e, addirittura, di adozione di ruoli e responsabilità da adulti per proteggere madre e fratelli/sorelle dalla violenza.
McTavish, J. R., MacGregor, J. C. D., Wathen, C. N., e MacMillan, H. L. (2016)	Fornire una panoramica completa di epidemiologia, prevalenza, fattori di rischio e protezione, danno associato all'esposizione dei bambini a IPV.	Revisione della letteratura (revisioni sistematiche, meta-analisi, studi randomizzati) sull'esposizione dei bambini a IPV.	L'IPV è associato ad un notevole deterioramento emotivo nei bambini, per cui è necessario approfondire strategie per l'identificazione delle vittime, al fine di garantire loro sicurezza e supporto. Vengono fornite linee guida per il personale medico e della salute mentale per la strutturazione di interventi volti alla prevenzione dell'esposizione e del danno da testimonianza di IPV.
Howell K.H., Barnes, S. E., Miller, L.E., e Graham-Bermann, S. A. (2016)	Studiare i risultati associati all'esposizione a IPV nei bambini nelle diverse fasi della crescita, sottolineando l'intersezione tra variabili di sviluppo e ambientali.	<i>Review</i> di studi empirici sugli effetti dell'esposizione a IPV nelle diverse fasi di sviluppo, dalla fase prenatale all'adolescenza.	L'esposizione a IPV in tutte le fasce di età analizzate (prenatale, prima infanzia, età prescolare, scolare, adolescenza) porta a svariati esiti problematici, sul versante socio-emotivo, psicologico-comportamentale, cognitivo-intellettuale, fisiologico e di salute fisica.
Mueller, I. e Tronick, E. (2019)	Esaminare le prove dell'impatto dell'esposizione a IPV, sia in termini di rischio che di resilienza, dalla fase perinatale alla prima infanzia.	Mini-revisione della letteratura sull'esposizione dei bambini a IPV.	L'esposizione infantile a IPV causa l'interruzione dello sviluppo socio-emotivo e cognitivo, oltre ad avere notevoli implicazioni sullo sviluppo del cervello e dei sistemi di regolazione dello stress, andando a ledere lo sviluppo dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e delle strutture deputate alla testimonianza, quali corteccia uditiva e visiva.
Bender, A. E., McKinney, S. J., Schmidt-Sane, M. M., Cage, J., Holmes, M. R., Berg, K. A., Salley, J., Bodell, M., Miller, E. K., e Voith, L. A. (2022)	Approfondire la letteratura esistente sugli effetti dell'esposizione a IPV sulla competenza socio-emotiva dall'infanzia alla tarda adolescenza (0-18 anni) e indagare come essa può fungere da componente chiave della resilienza tra i bambini esposti a IPV.	Revisione sistematica della letteratura quantitativa che esamina gli effetti dell'esposizione a IPV su diversi domini, dalla nascita ai 18 anni.	La maggioranza degli studi esaminati ha riscontrato livelli inferiori di competenza sociale e regolazione emotiva tra i bambini esposti a IPV rispetto ad un gruppo di confronto. Inoltre, è stato evidenziato che la competenza socio-emotiva modera in modo significativo l'associazione tra esposizione a IPV e altri esiti negativi, sottolineando come possa anche essere fattore che promuove la resilienza tra i bambini che ne sono vittime.

Tutta la letteratura analizzata, sintetizzata nella Tabella 1, è concorde nell'affermare che l'esposizione a IPV in infanzia è fortemente associata ad una lunga serie di conseguenze negative e dannose in tutte le fasi dello sviluppo. Il suo impatto è stato ampiamente studiato in relazione ad esiti disfunzionali in diversi domini, quali adattamento emotivo, sociale e comportamentale, funzionamento cognitivo, rendimento scolastico, salute fisica

e sviluppo strutturale del cervello (Howell et al., 2016; McTavish et al., 2016). Tuttavia, come già anticipato, la presente ricerca si soffermerà sulla fascia di età prescolare, caratterizzata dai tassi di esposizione a IPV più elevati (Howell et al., 2016), in particolare in relazione al funzionamento socio-emotivo e comportamentale. La vittimizzazione precoce, infatti, espone i bambini al rischio di sviluppare seri problemi emotivi e comportamentali, destinati a cronicizzarsi lungo il percorso evolutivo (Izaguirre e Calvete, 2015).

La violenza assistita di IPV concorre in modo sostanziale alla formazione – disfunzionale – della competenza socio-emotiva, delle abilità sociali ed empatiche e delle capacità di regolazione emotiva dei bambini, dal periodo perinatale all'adolescenza (Bender et al., 2022). Durante il delicato periodo dei primi cinque anni, i *caregiver* primari assolvono a un compito fondamentale, ossia il contenimento e la successiva regolazione emotiva del bambino, tramite la creazione di un ambiente di apprendimento vitale e sicuro e un legame di attaccamento stabile e positivo. La misura in cui il bambino può fare affidamento sul genitore per la soddisfazione dei suoi bisogni di base (come la sicurezza) sia di quelli più avanzati (come la regolazione delle emozioni) riveste particolare importanza proprio a seguito della naturale incapacità del bambino stesso di modulare e adattarsi autonomamente ai suoi livelli di eccitazione (Mueller e Tronick, 2019; Howell et al., 2016).

“Fino a quando l'autoregolazione delle emozioni non è ben sviluppata, i *caregiver* sono una fonte di regolazione esterna per il bambino, svolgendo un ruolo vitale nello sviluppo dei comportamenti di regolazione delle emozioni” (Mueller e Tronick, 2019: 2).

Risulta evidente come un accudimento coerente e sensibile ai bisogni del bambino sia correlato ad uno sviluppo armonioso, mentre uno insicuro comprometta la sua regolazione dell'*arousal* e dello stress, andando ad intaccare il raggiungimento dei normali traguardi socio-emotivi nelle diverse fasi di sviluppo. L'esposizione a IPV è infatti strettamente associata a relazioni di attaccamento insicure (Bender et al. 2022), in cui il *caregiver* non riesce a fornire sicurezza e, di conseguenza, a tamponare le risposte del bambino allo stress ormonale e quindi a proteggerne il cervello, in via di sviluppo, dai suoi effetti dannosi (Mueller e Tronick, 2019). In particolare, tra i 3 e i 6 anni, quando il

bambino inizia ad avventurarsi fuori casa e a fare esperienza di nuovi contesti, l'esposizione cronica a IPV riduce notevolmente la competenza sociale, compromettendo la capacità di instaurare relazioni sane con i pari (Howell et al., 2016; Bender et al., 2022) e favorendo l'emergere di difficoltà nella relazione, eccessiva timidezza e tendenza all'isolamento (Izaguirre e Calvete, 2015). I bambini esposti a IPV mostrano dunque una maggiore disregolazione emotiva, che Bender et al. (2022: 1276) ipotizzano essere “una risposta naturale alla sopraffazione emotiva derivante dall'assistere all'IPV e che può funzionare come risposta adattiva per gestire lo stress associato all'esposizione all'IPV”.

Oltre al deterioramento del funzionamento socio-emotivo, l'esposizione a IPV – e la conseguente mancanza di sicurezza percepita dal bambino – ha effetti dannosi anche sul versante comportamentale e psicologico (Howell et al. 2016; Mueller e Tronick, 2019). È stato messo in evidenza che “i bambini in età prescolare esposti all'IPV mostrano maggiori problemi comportamentali e un'autostima significativamente inferiore rispetto ai bambini più grandi, in età scolare, esposti all'IPV” (Mueller e Tronick, 2019: 3): la violenza, infatti, impedisce la formazione del senso di sicurezza e fiducia nel bambino, tale da superare ogni sua capacità di autoregolazione.

“L'esposizione all'IPV aumenta l'attenzione del bambino verso stimoli minacciosi, un modello comportamentale noto per aumentare il rischio di sviluppare problemi internalizzanti, tra cui ansia sociale e generale, ritiro sociale e depressione [...], come anche problemi esternalizzanti e comportamentali [...]” (Mueller e Tronick, 2019: 5).

Come dimostrato dallo studio di Bender et al. (2022: 1276), facente riferimento alla Teoria dell'apprendimento sociale, “i bambini nelle case colpite da IPV sono testimoni di disregolazione emotiva (ad esempio, aggressività) da parte dei loro *caregiver* e possono imparare che la disregolazione emotiva è una strategia appropriata, se non efficace, per gestire situazioni difficili o stressanti”. Quindi, proprio perché esposti a modelli inadeguati e pregni di violenza, i bambini introiettano la loro aggressività, cosa che aumenta la probabilità che in futuro adottino gli stessi comportamenti (Bandura, 1977). L'applicazione di tale teoria ai bambini esposti a IPV ha avvalorato l'ipotesi della “trasmissione intergenerazionale della violenza” (Bender et al., 2022; McTavish et al., 2016). La letteratura suggerisce quindi la possibilità che si verifichi un effetto dose-risposta, secondo cui i bambini esposti alla violenza sarebbero particolarmente pronti a



divenire, in età adulta, loro stessi autori o vittime di violenza interpersonale (McTavish et al., 2016). A tal proposito, nello studio di Izaguirre e Calvete (2015), consistente nell'intervista a madri con esperienze di IPV circa le conseguenze emotive e comportamentali sui loro figli, è stato messo in evidenza da molte partecipanti come, proprio a seguito della violenza, nei loro bambini fossero aumentati in modo esponenziale sentimenti di rabbia e aggressività eterodiretta. Tali comportamenti erano spesso riconosciuti come appresi mediante l'imitazione, come testimonia una partecipante:

“suo padre mi picchiava la mattina [...], quindi ogni volta che portavo mio figlio al parco dopo le botte, lui prendeva a schiaffi le bambine [...]; ha trasmesso alle bambine ciò che vedeva in casa” (Izaguirre e Calvete, 2015: 63).

Inoltre, dallo studio è emerso che questa ripetizione di schemi violenti, appresi attraverso l'esposizione alla violenza domestica, veniva spesso agita nei confronti della madre, portando quest'ultima ad una doppia vittimizzazione, sia da parte del partner maschile, sia dei propri figli. Tuttavia, un discreto numero di partecipanti allo studio ha sostenuto come i figli non avessero sviluppato comportamenti negativi a seguito degli episodi di violenza, mostrando piuttosto reazioni mature all'aggressività, fino a vere e proprie inversioni di ruolo genitore-figlio in età scolare (Howell et al., 2016).

“Le madri hanno sostenuto come l'IPV abbia costretto i bambini ad adottare ruoli e responsabilità da adulti per sopravvivere [...] che includevano il monitoraggio della sicurezza delle madri e l'assunzione della responsabilità della sicurezza dei fratelli” (Izaguirre e Calvete, 2015: 63).

Quindi, nonostante sia evidente che l'esposizione dei bambini alla violenza interpersonale abbia conseguenze nefaste e a lungo termine per la salute e il benessere dell'individuo, bisogna mettere in evidenza come molti bambini che ne sono vittime siano, quasi inaspettatamente, resilienti (McTavish et al., 2016), mostrando addirittura maggior competenza sociale (Izaguirre e Calvete, 2015). È ben documentato dagli articoli analizzati, infatti, come spesso i bambini in questione possono dimostrare resilienza socio-emotiva (Bender et al., 2022; Mueller e Tronick, 2019; McTavish et al., 2016; Izaguirre e Calvete, 2015), definita dalla Teoria della resilienza come “il processo dinamico che comprende un adattamento positivo nel contesto di avversità significative” (Bender et al., 2022: 1264).

## CAPITOLO 2

### 2.1 Disturbo da Stress Post-Traumatico in età prescolare

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD – *Post Traumatic Stress Disorder*) è collocato nella sezione dei *Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti* all'interno del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) redatto dall'American Psychiatric Association (APA). L'APA (2014) lo definisce “una risposta disordinata all'esposizione ad un trauma, in cui lo stress traumatico, ovvero i sintomi traumatici di pensieri, ricordi, sentimenti o altre esperienze interpersonali angoscianti collegati all'esposizione al trauma, non si risolvono col tempo”. Il PTSD è caratterizzato da un'intensa risposta ad un grave evento stressante (Tambelli, 2017) e, a prescindere dalla natura del trauma, si caratterizza per un quadro clinico che si esplica in quattro *cluster* di sintomi principali (Kring e Johnson, 2023):

- a. riesperienza intrusiva dell'evento traumatico, ossia episodi di intrusione e risperimentazione del trauma, che viene “rivissuto” attraverso ricordi, sogni, *flashback* ricorrenti e involontari;
- b. evitamento di stimoli (es. situazioni, persone, oggetti, ambienti) associati all'evento;
- c. alterazioni negative del pensiero e dell'umore, con amnesia dissociativa, senso di distacco dall'ambiente sociale, anedonia, appiattimento dell'affettività;
- d. iperattivazione e incapacità di regolare i livelli di *arousal*, che si associano a ipervigilanza, reattività e aggressività aumentate.

La quinta edizione del DSM (DSM-5 – APA, 2013, edizione italiana del 2014) ha portato con sé una sostanziale novità nella definizione dei criteri diagnostici per il PTSD in età evolutiva, proponendo una specifica declinazione per i bambini sotto i 6 anni (PTSD <6Y). Tale quadro clinico di PTSD prescolare, comunque, non si discosta largamente da quello indicato per le altre fasce di età (Tambelli, 2017). Nei bambini, quindi, si riscontra la medesima sintomatologia, ma con manifestazioni differenti a causa della loro impossibilità di riportare – e mentalizzare – i propri stati interni. Il DSM-5, quindi, è sensibile all'età evolutiva e focalizza l'attenzione sui sintomi comportamentali, piuttosto che su pensieri e sentimenti (Woolgar, Garfield, Dalgleish, e Meiser-Stedman, 2022).

“La valutazione del PTSD nei bambini in età prescolare è notevolmente complicata dal loro livello di sviluppo cognitivo e dalla conseguente dipendenza dal resoconto dei *caregiver*” (Woolgar et al., 2022: 367).

In questa età sono frequenti l'utilizzo del gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi riguardanti l'evento traumatico, sintomi fisici quali mal di stomaco e mal di testa, problemi del sonno con incubi ricorrenti e spaventosi senza un contenuto riconoscibile (es. mostri), risposte emotive esagerate, irritabilità e comportamenti evitanti, iperattività o spegnimento, fino ad arrivare a vere e proprie regressioni a stadi di sviluppo precedenti. Facendo riferimento ai criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2014), le peculiarità sintomatologiche tipiche di questa fase dello sviluppo sono evidenziate da alcune note. Nel criterio A assumono un notevole rilievo gli eventi traumatici che riguardano l'attaccamento del bambino, tanto che vengono chiamati in causa “l'aver assistito direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri, *in particolare ai caregiver primari*” e il “venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto ad un membro della famiglia *oppure a una figura di accudimento*” (APA, 2014: 316). Il criterio B, comprendente i sintomi intrusivi, specifica poi come “i ricordi spontanei e intrusivi *non appaiono necessariamente come spiacevoli, e possono essere espressi come gioco riattualizzante*” (APA, 2014: 316). Questa nota “evidenzia un'ulteriore espressione sintomatologica differenziale specifica per i prescolari” (Tambelli, 2017: 409), mettendo in luce la significativa difficoltà nell'indagine clinica causata dalle scarse capacità di *insight* e di verbalizzazione dei bambini (Tambelli, 2017), riscontrabile anche nella possibile incapacità, per quanto riguarda i sogni spiacevoli ricorrenti, di “accertare che il contenuto terrorizzante sia collegato con l'evento traumatico” (APA, 2014: 316). Inoltre, “nel criterio C, le alterazioni negative della cognitività comprendono stati emotivi negativi e riduzione delle espressioni positive, limitazione del gioco e dell'attività, comportamento socialmente ritirato, non includendo quelle aspettative disfunzionali sul Sé che possono [...] caratterizzare i bambini più grandi” (Tambelli, 2017: 409).

## **2.2 Impatto dell'IPV sullo sviluppo del PTSD prescolare**

Come già ribadito nel capitolo precedente, è noto come l'essere testimoni di IPV ai danni di un genitore porti a conseguenze negative e pervasive in tutti i domini di sviluppo dei

bambini che ne sono vittime. L'esposizione a IPV, rientrando nell'ampio spettro del maltrattamento infantile a livello psicologico, danneggia "il modo di agire comportamentale, cognitivo, affettivo o fisico del bambino, interferendo significativamente con lo sviluppo dei suoi legami di attaccamento" (Tambelli, 2017: 422). Nell'ambito del PTSD prescolare, la grande importanza data proprio alle relazioni precoci con i *caregiver* primari si riscontra, come visto nel paragrafo precedente, nella nota all'interno del criterio A, in cui si fa riferimento esplicito alla testimonianza diretta o indiretta di eventi traumatici accaduti a figure di accudimento (Tambelli, 2017). Ecco che la testimonianza di IPV si configura quindi come uno dei fattori di rischio preponderanti nel definire le traiettorie patologiche di stress post-traumatico. A conferma di ciò, una meta-analisi di Woolgar et al. (2022) ha evidenziato come l'esposizione ad un trauma interpersonale, quale è l'IPV, corrisponde ad una triplicazione della prevalenza di PTSD nei bambini da 0 a 6 anni rispetto al trauma non interpersonale, con un impressionante 32,6% contro un 10,7%.

## 2.2.1 Materiali e discussione

**Tabella 2** – Riassunto degli articoli analizzati

<b>Autori e anno di pubblicazione</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Metodi</b>	<b>Risultati</b>
Koolick, J., Galano, M., Grogan-Kaylor, A., Clark, A., Montalvo-Liendo, N., e Graham-Bermann, S. (2016)	Esaminare i sintomi da stress post-traumatico (PTSS) e le diagnosi di PTSD in 4 distinti gruppi etno-razziali di bambini prescolari che hanno assistito a episodi di IPV negli ultimi 2 anni.	Interviste a 144 madri con bambini dai 4 ai 6 anni, di diversi gruppi etnico-razziali (bianche/i, latine/i, afroamericane/i, birazziali) che hanno partecipato ad uno studio sull'efficacia di un programma di intervento per l'IPV.	I livelli di PTSS e diagnosi di PTSD sono risultati molto alti nel campione, con differenze significative per sesso e gruppo etno-razziale (es. le donne birazziali e latine avevano tassi più elevati di PTSD e, di conseguenza, anche i loro figli). Inoltre, una maggior esposizione a episodi di IPV ha previsto sintomi più pervasivi ed estesi di PTSD.
Horn, S. R., Miller-Graff, L. E., Galano, M. M., e Graham-Bermann, S. A. (2017)	Identificare in modo accurato i sintomi di eccitazione fisiologica legati a storie di IPV tramite l'osservazione dei comportamenti specifici associati in bambini di età prescolare.	Analisi tematica dei resoconti qualitativi dei terapeuti sulla presentazione dei sintomi fisiologici di 56 bambini di età prescolare (tra i 4 e i 6 anni in particolare) mentre partecipavano ad un programma di intervento, quale il Preschool Kid's Club (PKC).	I bambini avevano maggior probabilità di mostrare sintomi di disregolazione emotiva, sfoghi comportamentali, sbalzi d'umore, capricci quando erano fisiologicamente eccitati. Nello specifico, i sintomi di eccitazione fisiologica più frequenti sono stati problemi di attenzione e difficoltà di concentrazione, seguiti da forti reazioni emotive negative a

			rumori comuni. Inoltre, sono stati evidenziati comportamenti di ipervigilanza ed eccitazione biologica (es. aumento della frequenza respiratoria).
Choi, K. R., e Graham-Bermann, S. A. (2018)	Rivedere le misure degli esiti del trauma correlato al maltrattamento (PTSS e PTSD) nei bambini dai 0 ai 6 anni e di esaminare le tendenze della ricerca su come – e se – lo sviluppo infantile è preso adeguatamente in considerazione in questo campo.	Revisione di <i>report</i> di ricerca quantitativa sperimentale e non circa la misurazione dei sintomi da trauma nei bambini da 0 a 6 anni.	Il trauma da maltrattamento incide fortemente sullo sviluppo infantile, con ampio riscontro di sintomi comportamentali nei primi sei anni di vita. Inoltre, è chiaro come sia fondamentale una valutazione dei sintomi da trauma (e di conseguenza di PTSD) sensibile a questa fascia di età.
Galano, M. M., Grogan-Kaylor, A. C., Stein, S. F., Clark, H. M., e Graham-Bermann, S. A. (2019)	Documentare i modelli di gravità e distribuzione di PTSS nei bambini con storie di testimonianza a IPV; esaminare i fattori che predicono le diverse manifestazioni di PTSS e indagare come la sua presentazione sia associata a compromissione della funzionalità.	Studio che utilizza l'analisi del profilo latente (LPA) del PTSS su un campione di 236 bambini dai 4 ai 12 anni e le loro madri con storie di IPV gravi nell'ultimo anno.	Sono fornite informazioni clinicamente rilevanti sulla relazione tra PTSS del bambino e il suo funzionamento in seguito all'esposizione a IPV. Sono stati individuati tre profili come modello più adatto di interpretazione dei dati, differenziati tra livelli bassi, moderati e alti di PTSS. L'appartenenza a tali profili variava in base all'età e alla storia di traumi dei bambini.
Woolgar, F., Garfield, H., Dalgleish, T., e Meiser-Stedman, R. (2022)	Comprendere la prevalenza del PTSD in bambini di età compresa tra 0 e 6 anni che hanno vissuto direttamente un evento traumatico.	Revisione sistematica della letteratura e meta-analisi che esamina la prevalenza del PTSD in bambini prescolari esposti a traumi. Il livello di PTSD è stato valutato con interviste standardizzate almeno 1 mese dopo il trauma.	La prevalenza di PTSD era tre volte superiore quando il trauma era di natura interpersonale e ripetuta rispetto ad altre tipologie. Inoltre, la prevalenza saliva quando erano utilizzati criteri adatti all'età evolutiva oggetto di studio (PTSD <6Y nel DSM-5).

C'è grande accordo in letteratura – e tra gli articoli analizzati e sintetizzati nella Tabella 2 – circa il forte legame che intercorre tra l'assistere a IPV e lo sviluppo di PTSD in tenera età. Sebbene qualsiasi esposizione ad un trauma possa portare a sintomi di stress post-traumatico – e di conseguenza a PTSD – la ricerca suggerisce che il maltrattamento infantile, prolungato e interpersonale, è un tipo di trauma particolarmente dannoso per la crescita del bambino e correlato a una deviazione dalla traiettoria di sviluppo normale verso il polo psicopatologico (Choi e Graham-Bermann, 2018). Non sorprende quindi che questa forma di violenza sia associata a livelli elevati di problemi sia esternalizzanti che internalizzanti, veicolando anche un rischio molto maggiore di sviluppare PTSD rispetto a coloro che non sono esposti (Koolick et al., 2016; Choi e Graham-Bermann, 2018). Tale rischio è ulteriormente accresciuto da un'eventuale esposizione cronica e ripetuta alla violenza in casa, caratteristica dominante dell'IPV, e anche dall'essere vittime di ulteriori

eventi traumatici oltre alla violenza interpersonale (Koolick et al., 2016; Horn et al., 2017; Choi e Graham-Bermann, 2018; Galano et al., 2019). È ben indagato dunque come, in bambini prescolari, i traumi interpersonali e ripetuti nel tempo veicolino una prevalenza di PTSD nettamente superiore rispetto a quelli non interpersonali o a evento singolo (Woolgar et al., 2022).

Negli ultimi anni si è assistito ad un notevole incremento dell'interesse verso la comprensione del PTSD nella fascia di età prescolare, complici anche le numerose novità contenute nel DSM-5 a tal proposito (Horn et al., 2017; Woolgar et al., 2022). Infatti, gli studi Koolick et al. (2016) e di Woolgar et al. (2022) evidenziano come i criteri diagnostici possano realmente fare la differenza nella prevalenza di stima del PTSD nei bambini: le recenti modifiche apportate nel DSM-5 li rendono più inclusivi e appropriati allo sviluppo, evidenziando in particolar modo come “i bambini piccoli potrebbero non avere le capacità verbali per riferire i loro sintomi o esperienze” (Koolick et al., 2016: 103).

“Riducendo il numero di sintomi di stress traumatico che un bambino deve manifestare per poter ricevere una diagnosi di PTSD, aumenta notevolmente il numero di persone che possono essere diagnosticate” (Koolick et al., 2016: 98).

Woolgar et al. (2022) sottolineano come una minoranza significativa dei bambini prescolari esposti direttamente ad un evento traumatico soddisfa i criteri per il PTSD (circa un quinto per la precisione). Quindi, se in passato si pensava che i bambini in tenera età non avessero le capacità cognitive e la maturità richieste (es. livello di memoria, comprensione dei pericoli intrinseci del trauma) per sviluppare il PTSD, oggi queste ipotesi si rivelano del tutto fallaci (Woolgar et al., 2022). Diversi studi hanno evidenziato come ci sia una notevole variabilità nella presentazione dei sintomi relativi ai 4 cluster sintomatologici di PTSD prima citati, quali il rivivere, le alterazioni nell'eccitazione fisiologica, l'evitamento, le alterazioni negative in cognizione e umore (Horn et al., 2017). Nonostante questo, gli articoli analizzati sono in linea con i risultati che, prendendo in riferimento le prime tre categorie sintomatologiche in relazione sia ai sintomi generali di stress post-traumatico (PTSS) che all'etichetta diagnostica di PTSD, dimostrano come i sintomi di rivivere l'episodio traumatico e quelli di ipereccitazione fisiologica siano prevalenti rispetto a quelli di evitamento, che comunque, anche se in misura minore, sono presenti (Koolick et al., 2016; Choi e Graham-Bermann, 2018; Galano et al., 2019).

“I sintomi di rivivere erano i più diffusi nei bambini del campione (83%), seguiti da vicino dai sintomi di eccitazione (79%) e dai sintomi di evitamento (60%)” (Koolick et al., 2016: 101).

I primi includono la ripetizione di affermazioni circa l'evento traumatico, rimetterne in scena delle parti ed essere turbati dal ricordo; i secondi chiamano in causa un aumento di irritabilità, umore estremo, capricci esagerati e difficoltà nel sonno; i terzi includono l'evitare di sentir parlare dell'evento traumatico o di collegarvisi e non guardare al futuro (Koolick et al., 2016). La percentuale più bassa per i sintomi di evitamento riflette i nuovi criteri del DSM-5 per il PTSD prescolare che ne richiede, per l'appunto, un numero inferiore (1 o più contro i 3 o più del DSM-4), rendendo la diagnosi più spendibile e applicabile a bambini con punteggi diversi (Galano et al., 2019). Come sostenuto anche da Choi e Graham-Bermann (2018), nei bambini prescolari si riscontrano problemi comportamentali come manifestazione comune del trauma, mentre i comportamenti di evitamento sono meno frequenti.

“I bambini non hanno la capacità di evitare i promemoria del trauma, in particolare quelli che hanno origine dai loro genitori, dai *caregiver* o dall'ambiente domestico, ma possono esprimere lo stress traumatico a livello comportamentale” (Choi e Graham-Bermann, 2018: 3428).

A tal proposito, è bene ribadire che, a seguito dell'esposizione a IPV, aumentano sintomi persistenti di *arousal* disregolato, che si manifesta spesso in disturbi del sonno, problemi di rabbia e di concentrazione e ipervigilanza: tutto ciò può alterare lo sviluppo cerebrale del bambino, modificando le reti neurali con conseguenze problematiche di disregolazione socio-emotiva, comportamentale, cognitiva e fisica (Horn et al., 2017; Choi e Graham-Bermann, 2018). Una precoce esposizione al trauma finisce per esacerbare in modo significativo i sintomi di ipereccitazione (Horn et al., 2017). Lo studio di Horn et al. (2017), in particolare, si focalizza sui sintomi di eccitazione fisiologica, sostenendo come essi siano “particolarmente difficili da identificare e segnalare per genitori e terapeuti perché molti [...] sono sensazioni interne (es. battito cardiaco accelerato) e sono spesso valutati fuori dal contesto (es. nei resoconti di comportamenti passati)” (Horn et al., 2017: 90). Le novità introdotte dal DSM-5 si notano anche in questo campo, ampliando la sintomatologia prescolare anche ai capricci, nelle vesti di componenti di sovraeccitazione e reattività (Horn et al., 2017; Koolick et al., 2016). Oltre

alle manifestazioni comportamentali dell'eccitazione biologica, come possono esserlo comportamenti esternalizzanti che veicolano un eccesso di aggressività nei bambini esposti a IPV, i deficit di regolazione dell'*arousal* sono correlati anche a problemi aggiuntivi e deficit regolatori, anche a livello di memoria e intorpidimento emotivo (Horn et al., 2017; Choi e Graham-Bermann, 2018). Nello studio è emerso che il sintomo di eccitazione fisiologica preponderante era la difficoltà di concentrazione e di attenzione (ben 59% del campione), che interessava sia attività comuni, come colorare, sia altre riguardanti nello specifico la violenza interpersonale. Spesso queste problematiche si presentano in concomitanza ad aggressività e iperattività, cosa che può indurre ad avanzare un'ipotesi diagnostica – spesso erronea in casi di esposizione a traumi – di Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD).

“Il bambino si è distratto durante un'attività di creazione di burattini sulla sicurezza e ha iniziato a lanciare pastelli, si è fermato, poi lo ha rifatto un po' più tardi perché non riusciva a concentrarsi sul compito” (Horn et al., 2017: 96).

Inoltre, nel 20% del campione è stata riscontrata una forte reazione emotiva negativa e inaspettata al rumore comune e non minaccioso o avversivo (es. sussurri, musica, porte che si chiudono), a conferma di come assistere ad un trauma, specialmente tra le mura domestiche, possa alterare gravemente le capacità di *coping* del bambino, quindi di fronteggiare lo stress e di regolazione emotiva (Horn et al., 2017). È emblematico in tal senso il resoconto di un terapeuta circa un bambino traumatizzato da agiti violenti paterni (in particolare, un episodio durante il quale il padre aveva rotto il finestrino di un'auto mentre il bambino era seduto al suo interno) che era particolarmente sensibile a qualunque tipo di rumore, anche agli applausi.

“In una seduta il terapeuta alzò leggermente la voce e quando si avvicinò al bambino per chiedergli di rientrare nel gruppo, il bambino si spaventò e si coprì la testa come se [il terapeuta] volesse fargli del male” (Horn et al., 2017: 97).

Un altro elemento chiave tra i sintomi di eccitazione fisiologica è l'ipervigilanza, che si manifestava spesso quando i bambini diventavano inaspettatamente spaventati, diffidenti ed eccessivamente cauti, come nel caso di un partecipante che “era diventato inaspettatamente timoroso di un altro bambino”, attento e in guardia “senza una ragione chiara” (Horn et al., 2017: 98).



## CAPITOLO 3

### 3.1 L'epidemia nascosta

Gli articoli analizzati nei capitoli precedenti condividono un unico filo rosso che lega indissolubilmente l'essere stati testimoni di IPV all'esordio di sintomi di PTSS e, di conseguenza, di PTSD. La violenza da parte del partner è infatti un problema sociale radicato e diffuso (Bender et al., 2022), che impatta profondamente anche su coloro che ne sono testimoni, soprattutto sui bambini (McTavish et al., 2016). La diffusione del trauma nel tessuto socio-familiare rende ciechi e impotenti verso quella che nel testo di Van der Kolk (2015) viene chiamata "l'epidemia nascosta", proprio a voler enfatizzare la sua natura subdola e tristemente invisibile.

“Per molte persone, la guerra ha inizio a casa: ogni anno circa tre milioni di bambini, negli Stati Uniti, sono registrati come vittime di abuso infantile e *neglect*” (Van der Kolk, 2015: 24).

L'esposizione alla violenza in tenera età, infatti, si associa a conseguenze negative in tutti i domini dello sviluppo, dall'infanzia all'età adulta, col forte rischio di trasmissione intergenerazionale del trauma subito e, di conseguenza, dei cicli di violenza stessa, in linea con la Teoria dell'apprendimento sociale di Bandura (McTavish et al., 2016; Bender et al., 2022). La forte disregolazione emotiva, tanto dei genitori quanto dei figli, che permea le case colpite da IPV si traduce spesso e volentieri in rabbia e aggressività auto ed eterodiretta, appresa e rinforzata proprio grazie all'acquisizione di modelli inappropriati e di una conseguente strategia di *coping* disfunzionale (Izaguirre e Calvete, 2015; Bender et al., 2022; Bandura, 1977).

“[...] il maltrattamento primario provoca effetti negativi e duraturi sullo sviluppo del cervello. Il nostro cervello è modellato dalle nostre prime esperienze. Il maltrattamento è uno scalpello che dà forma al nostro cervello, perché riesca ad affrontare le lotte, ma al costo di ferite profonde e durature” (Van der Kolk, 2015: 173).

La testimonianza di IPV si verifica nella maggioranza dei casi proprio nei primi anni di vita e la vittimizzazione precoce espone i bambini ad un rischio sempre più elevato di

sviluppare problemi internalizzanti ed esternalizzanti (Koolick et al., 2016; Choi e Graham-Bermann, 2018; Mueller e Tronick, 2019). Come già affrontato nel primo capitolo, oltre al deterioramento del funzionamento socio-emotivo e alle problematiche annesse (Izaguirre e Calvete, 2015), l'esposizione a IPV porta con sé notevoli disfunzioni nella salute psicologica e comportamentale, tanto che ricerche recenti hanno riconosciuto l'associazione tra la testimonianza di agiti violenti ai danni di un genitore e l'instaurarsi di PTSS e di PTSD (Howell et al., 2016). A tal proposito, Van der Kolk (2015: 154) afferma che "poiché non possono tollerare di sapere ciò che hanno vissuto" i bambini vittime di abuso e maltrattamento, come appunto la violenza assistita di IPV, con sintomatologia post-traumatica "non possono neanche capire che la loro rabbia, il terrore o il collasso hanno a che fare con quell'esperienza. Non parlano, ma agiscono e gestiscono i loro sentimenti infuriandosi, spegnendosi o facendo ricorso all'accondiscendenza e alla sfida".

Con la recente introduzione nel DSM-5 del PTSD prescolare, di cui si è parlato nel secondo capitolo, sono stati fatti notevoli passi in avanti nel delineare le manifestazioni e le implicazioni di una diagnosi di questo tipo nei bambini (Koolick et al., 2016; Horn et al., 2017; Woolgar et al., 2022). Tenendo in considerazione le categorie di sintomi principali per la diagnosi prima esposti, la letteratura analizzata è concorde nel sostenere che i sintomi prevalenti siano quelli del rivivere l'evento traumatico, seguiti da *iperarousal* e, infine, da evitamento (Koolick et al., 2016; Choi e Graham-Bermann, 2018; Galano et al., 2019). In conferma di questo, Choi e Graham-Bermann (2018) hanno dimostrato come i bambini abbiano scarse capacità di evitare i promemoria degli episodi traumatici, in particolare quelli causati da un *caregiver*, ed esprimano lo stress traumatico sul versante comportamentale. Come detto nel capitolo precedente, tra i sintomi di eccitazione fisiologica preponderanti soprattutto nel PTSD prescolare sono annoverate ipervigilanza e reattività, ma anche difficoltà attentive e di concentrazione che, spesso in concomitanza a iperattività e problemi comportamentali, sono confuse con manifestazioni di ADHD (Horn et al., 2017; Kring e Johnson, 2023). A sostegno di ciò, Van der Kolk (2015: 125) descrive come, nel "raccontare" i loro vissuti traumatici tramite gioco, disegno o tecniche narrative, i suoi piccoli pazienti fossero molto eccitati e disorganizzati, tanto che "era un *tantino* sorprendente che quasi tutti avessero una diagnosi di ADHD". L'*arousal* disregolato si ritrova anche in una marcata risposta emotiva negativa ai rumori,

persino i più banali e comuni, quali gli applausi (Horn et al., 2017). Quindi, stimoli innocui – come appunto i rumori o anche cambiamenti nella voce e nel volto (Van der Kolk, 2015) – connessi inconsciamente all’episodio traumatico, scatenano reazioni intense e incontrollabili.

Tra i 3 e i 6 anni i bambini acquisiscono maggior sensibilità evolutiva per le minacce in generale: è comprensibile come, proprio per questo, la presenza di violenza tra le mura domestiche in questi anni rappresenti un aspetto cruciale nel disadattamento dei sistemi di rilevazione delle minacce, spiegando lo sviluppo precoce – prescolare per l’appunto – di PTSD (Howell et al., 2016). La testimonianza di IPV quindi “rende il sistema immunitario ipersensibile alla minaccia e incline a mettere in atto una difesa anche quando non è necessario” (Van der Kolk, 2015: 147).

“Potevamo solo giungere alla conclusione che, per i bambini abusati, il mondo fosse pieno di *trigger*. Finché riescono a rappresentarsi solo esiti disastrosi anche rispetto a situazioni relativamente innocue, chiunque entri nella stanza, qualsiasi straniero, qualsiasi immagine su uno schermo o su un manifesto possono essere percepiti come precursori di una catastrofe” (Van der Kolk, 2015: 126-127).

In linea col *cluster* della riesperienza intrusiva dell’evento traumatico (Kring e Johnson, 2023), nel PTSD il trauma viene riattualizzato nel presente, senza però avere una narrativa – nella mente cosciente – a cui fare riferimento (Van der Kolk, 2015).

“[...] l’impronta del trauma passato non consiste solo in percezioni distorte di informazioni provenienti dall’esterno; l’organismo stesso ha un problema nel capire come sentirsi al sicuro. Il passato è impresso non solo nella mente e nelle erranee interpretazioni di eventi innocui [...], ma anche nel nucleo del loro essere: la sicurezza del proprio corpo” (Van der Kolk, 2015: 147).

Proprio il concetto di “sicurezza”, riprendendo il primo capitolo, chiama in causa l’attaccamento come funzione primaria in infanzia, mettendo in evidenza il ruolo cruciale dei *caregiver* nella strutturazione di un Sé coeso e stabile nel bambino e nella conseguente costruzione di un *locus of control* interno, in particolar modo durante i primi cinque anni di vita (Mueller e Tronick, 2019; Van der Kolk, 2015). L’attaccamento, proprio come inteso da Bowlby, si configura come la base sicura da cui il bambino inizia a muovere i

primi passi verso la conoscenza del mondo, per arrivare ad acquisire una capacità strutturata e sana di far fronte alle insidie e alle sfide della vita (Van der Kolk, 2015).

“Crescendo, impariamo a prenderci cura di noi stessi sia fisicamente sia emotivamente, ma la prima lezione nella cura di noi stessi ci viene impartita dal modo in cui siamo stati accuditi. Il padroneggiamento dell’abilità di autoregolazione dipende, in larga misura, da quanto sono state armoniose le prime interazioni con i nostri *caregiver*” (Van der Kolk, 2015: 129).

Quindi, i bambini che possono considerare i propri genitori fonti affidabili di cura, protezione e conforto avranno, nella vita, una “protezione contro il peggio che la sorte può riservare loro” (Van der Kolk, 2015: 129), veicolata da un’adeguata autoregolazione dei propri livelli di eccitazione (Howell et al., 2016; Mueller e Tronick, 2019). Un buon accudimento da parte del *caregiver* primario – e quindi un buon attaccamento – aumenta la capacità di *coping* del bambino e, in prospettiva futura, di *problem solving* (Horn et al., 2017; Bender et al., 2022), evitando il cronicizzarsi, o quantomeno riducendone la possibilità, degli aspetti disfunzionali legati al trauma lungo il percorso evolutivo (Izaguirre e Calvete, 2015).

### **3.2 Considerazioni conclusive**

Il presente elaborato ha avuto l’obiettivo di approfondire come l’essere stati testimoni di episodi di IPV ai danni di un genitore, in particolare della figura materna, sia collegato ad esiti disfunzionali e psicopatologici, col culmine nel PTSD. Servendosi di recenti articoli scientifici internazionali e di letteratura classica pertinente all’argomento, ci si è soffermati sull’età prescolare, data la grande quantità di prove a sostegno della maggior incidenza di IPV in questa fascia e delle profonde e devastanti conseguenze sullo sviluppo dei bambini che ne sono testimoni. È stato indagato l’impatto di questa tipologia di violenza assistita sul funzionamento socio-emotivo e comportamentale dell’individuo, fino ad arrivare al dominio psicologico con l’etichetta diagnostica di PTSD, con sintomi, manifestazioni prevalenti e problematiche associate alla fascia d’età d’interesse.

Se grazie all’inclusione della variante prescolare del PTSD all’interno del DSM-5 sono stati compiuti notevoli progressi in questo campo, anche alla luce di interventi e

prevenzione, risulta evidente, dalla letteratura analizzata, la necessità di ulteriori sforzi nella ricerca e nell'affrontare questa piaga che, anno dopo anno, si incista sempre di più nella società.

“Il trauma non è solo un evento accaduto una volta nel passato, ma si riferisce anche all'impronta lasciata da quell'esperienza sulla mente, sul cervello e sul corpo. Quest'impronta ha continue conseguenze sul modo in cui l'organismo umano gestisce la sopravvivenza nel presente” (Van der Kolk, 2015: 25).

Dunque, il fine ultimo è quello di aiutare “la mente e il cervello dei bambini brutalizzati a ridisegnare una mappa interna, che contempra un senso di fiducia e di sicurezza nel futuro” (Van der Kolk, 2015: 127), guidandoli verso il recupero della padronanza del proprio corpo e, di conseguenza, della propria vita.

## Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*, Arlington (VA): American Psychiatric Publishing. Edizione italiana (2014): *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione* (pp. 314-317). Milano: Raffaello Cortina.

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

Bender, A. E., McKinney, S. J., Schmidt-Sane, M. M., Cage, J., Holmes, M. R., Berg, K. A., Salley, J., Bodell, M., Miller, E. K., e Voith, L. A. (2022). Childhood Exposure to Intimate Partner Violence and Effects on Social-Emotional Competence: A Systematic Review. *Journal of Family Violence*, 37, 1263-1281.

Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (2017). *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, 17.

Dey, T., e Thakar, R. (2022). Domestic violence: an invisible pandemic. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 24(2), 90-92.

Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna: Il Mulino.

Howell, K.H., Barnes, S.E., Miller, L.E., e Graham-Bermann, S.A. (2016). Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. *Journal of Injury & Violence Research*, 8(1), 43-57.

Izaguirre, A., e Calvete, E. (2015). Children who are exposed to intimate partner violence: Interviewing mothers to understand its impact on children. *Child Abuse & Neglect*, 48, 58-67.

Kring, A. M. e Johnson, S. L. (2023). Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati; disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. In Messerotti Benvenuti, S., *Psicologia clinica* (pp. 170-193). Bologna: Zanichelli.

- McTavish, J. R., MacGregor, J. C. D., Wathen, C. N., e MacMillan, H. L. (2016). Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *International Review of Psychiatry*, 28(5), 504-518.
- Mueller, I., e Tronick, E. (2019). Life Exposure to Violence: Developmental Consequences on Brain and Behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13(156), 1-7.
- Nicolais, G. e Tambelli, R. (2017). I disturbi legati allo stress e al trauma. In Tambelli, R., *Manuale di psicopatologia dell'infanzia* (pp. 397-438). Bologna: Il Mulino.
- Santambrogio, J., Colmegna, F., Trotta, G., Cavalleri, P.R., e Clerici, M. (2019). Intimate partner violence (IPV) e fattori associati: una panoramica sulle evidenze epidemiologiche e qualitative in letteratura. *Rivista di Psichiatria*, 53(3), 97-108.
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Woolgar, F., Garfield, H., Dalgleish, T., e Meiser-Stedman, R. (2022). Systematic Review and Meta-analysis: Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Preschool-Aged Children. *Journal of the American of Child & Adolescent Psychiatry*, 61(3), 366-377.

## Sitografia

Centers for Disease Control and Prevention (2024, 16 maggio). About Intimate Partner Violence. Tratto da: [https://www.cdc.gov/intimate-partner-violence/about/index.html#cdcreference\\_2](https://www.cdc.gov/intimate-partner-violence/about/index.html#cdcreference_2)

Centers for Disease Control and Prevention (2024, 16 maggio). About The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS). Tratto da: <https://www.cdc.gov/nisvs/about/index.html>

Save The Children (2023, 18 novembre). Cos'è la violenza assistita e quali le conseguenze sui bambini. Tratto da: <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/cos-e-la-violenza-assistita-e-quali-le-conseguenze-sui-bambini>

World Health Organization (2024, 25 marzo). Violence against women. Tratto da: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>