

# Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

Provider Nazionale n. 3744

## CONSEGUENZE IN ETÀ ADULTA DELL'ESPOSIZIONE AD ESPERIENZE DI VIOLENZA INTERPERSONALE

Sabato 24 novembre 2018

Sala Conferenze

Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

Via Giovanna Zaccherini Alvisi n. 4 – Bologna

### PROGRAMMA

- 08.45 Registrazione partecipanti
- 09.00 *Presentazione del Convegno*  
**Dott. Giancarlo Pizza**, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna
- 09.10 *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso (DGR 1677/2013)*  
**Prof. Massimo Masi**, Medico Pediatra, Coordinatore Gruppo di lavoro regionale contrasto violenza sui minori
- 09.40 *Breve presentazione del centro specialistico Il Faro. Effetti delle esperienze traumatiche complesse sulla genitorialità e nell'organizzazione dei servizi*  
**Dott.ssa Mariagnese Cheli**, Psicologa, Psicoterapeuta, Practitioner EMDR, Responsabile Centro Specialistico Multiprofessionale contro gli abusi all'infanzia e all'adolescenza "Il Faro" – A.U.S.L. di Bologna
- 10.10 *Il Disturbo Traumatico dello Sviluppo in adolescenza*  
**Dott. Cosimo Ricciutello**, Neuropsichiatra infantile, Psicoterapeuta, Consulente Centro Specialistico contro i Maltrattamenti dell'Infanzia "Il Faro" – A.U.S.L. di Bologna, Direttore U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza – A.U.S.L. di Imola
- 10.40 Break
- 11.00 *La Dissociazione Strutturale e il Modello Polifonico del Sé: come guarire la frammentazione post-traumatica e promuovere l'Integrazione*  
**Dott.ssa Carmela Gambuzza**, Psicologa, Psicoterapeuta e Psicotraumatologa, Practitioner e Supervisore EMDR, Assistente di Psicoterapia Sensomotiva
- 11.30 *La violenza della presenza e la violenza dell'assenza di esperienze psichiche: connessione tra vissuti in età evolutiva e identità adulta*  
**Dott. Thomas Marcacci**, Psicologo, Psicoterapeuta; Coordinatore di Mood-Evo, centro di psicoterapia per l'età evolutiva
- 12.00 *L'incontro con l'oggetto traumatico: il curante sufficientemente cattivo*  
**Dott. Marco Monari**, Medico Psichiatra, Professore a contratto in Psicoterapia Psicodinamica – Scuola di Specializzazione in Psichiatria Università di Bologna, Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana
- 12.30 Questionario ECM e qualità percepita

Destinatari dell'attività formativa: Medici Chirurghi (Medico Generico e tutte le discipline)

Crediti ECM attribuiti: n. 3

Posti disponibili: 55

Obiettivo formativo: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica

Responsabile scientifico: Dott. Pietro Abbati

Iscrizioni aperte dalle ore 18:00 del 05/11/18 al 22/11/18

Partecipazione gratuita previa iscrizione telematica sul sito [www.odmbologna.it](http://www.odmbologna.it)

Segreteria organizzativa: [ecm@odmbologna.it](mailto:ecm@odmbologna.it)

## **Abstract**

### **Prof. Massimo Masi**

Le “Linee di indirizzo regionali per l’accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”, adottate dalla Giunta Regionale il 18 novembre 2013 (DGR 1677/2013), sono frutto di un Gruppo di lavoro multiprofessionale e multispecialistico regionale appositamente costituito dalla Giunta Regionale nel 2011. Esse raccolgono le raccomandazioni ai Servizi Sanitari e ai Servizi Sociali della Regione, nonché alle Agenzie educative (0-6 e Scuola), alle organizzazioni del Terzo settore, alle FF.OO. e alle AA.GG., per una corretta gestione dei casi di maltrattamento/abuso sul minore.

La prevalenza stimata del maltrattamento sui minori in Italia è in linea con quella dei paesi industrializzati occidentali: 9.8 minori in carico ai Servizi Sociali della Regione per maltrattamento/abuso per ogni 1000 minori residenti, secondo la stima dell’indagine di Terres des Hommes/Cismai/Istat sotto l’egida dell’Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza - Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e adolescenti in Italia, 2015). Considerato che per ogni minore vittima di violenza rilevato si stima che altri 9-10 siano i casi non rilevati, il fenomeno va considerato un problema di salute pubblica. Di qui la necessità di aumentare sensibilizzazione e competenze dei professionisti che incrociano i minori e rinsaldare la rete integrata dei servizi attivi nel contrasto al maltrattamento/abuso sul minore in modo da rendere sempre più efficace tale contrasto.

Le Linee di indirizzo definiscono quali servizi e quali professionisti devono intervenire in questi casi, come devono muoversi e cosa devono fare nelle diverse fasi del percorso, dalla rilevazione all’attivazione della rete, segnalazione all’AA.GG. e misure di protezione, valutazione multidisciplinare e trattamento, in una logica di intervento integrato della rete dei servizi che garantisca un intervento tempestivo ed efficace a tutela del minore. In questo modo si mettono a sistema le buone prassi di gestione integrata del minore maltrattato/abusato e si promuovono comportamenti e assetti organizzativi che favoriscono il confronto e l’integrazione fra professionisti, servizi e istituzioni nell’ottica del preminente interesse del minore, realizzando una rete efficiente e integrata fra Servizi, Istituzioni e Agenzie nella quale operano professionisti competenti, formati e aggiornati nel contrasto al fenomeno del maltrattamento /abuso sul minore.

### **Dott.ssa Maria Agnese Cheli**

Partendo dal presupposto che le forme di violenza interpersonale più diffuse, secondo i dati nazionali disponibili, sono la violenza domestica e la trascuratezza emotiva, l’intervento intende concentrarsi, dopo una breve presentazione del Centro Specialistico Il Faro, su:

- gli effetti sistemici di tali condizioni sfavorevoli, in particolare sulla donna e sul suo funzionamento genitoriale;
- sulle raccomandazioni rivolte ai MMG e, complessivamente, ai professionisti sanitari per rilevare e riconoscere precocemente i principali fattori di rischio correlati a possibile violenza domestica e trascuratezza.

### **Dott. Cosimo Ricciutello**

Il decorso clinico del Disturbo Traumatico dello Sviluppo (Van der Kolk, 2005) è correlato a numerose variabili individuali e ambientali che condizionano la prognosi verso eventuali disturbi psicopatologici in età adulta. All’interno di una prospettiva evolutiva, il Disturbo Traumatico dello Sviluppo impatta con gli elementi di vulnerabilità specifici della fase adolescenziale, potendo indurre l’emergenza di crisi emotive e comportamentali di complessa gestione e cura. È necessario valutare come il sistema dei servizi possa sviluppare strategie di intervento appropriate a partire dalla stessa individuazione diagnostica del Disturbo Traumatico dello Sviluppo.

### **Dott.ssa Carmela Adriana Gambuzza**

Dopo il negazionismo del trauma interpersonale infantile del secolo scorso, oggi ricercatori e clinici concordano nel sostenere che l'impatto con gravi esperienze avverse in età infantile (ESI) genera uno spettro sintomatologico proteiforme che confluisce nel quadro del Disturbo Traumatico dello Sviluppo (van der Kolk 2009) e nel Disturbo Post-traumatico Complesso (Herman 2007), diagnosi non ancora contemplate tra le categorie diagnostiche dei sistemi di classificazione odierni: DSM-5 e ICD 10. Con la "Dichiarazione di Ginevra sui Diritti del Fanciullo" (1924) la Società delle Nazioni Unite riconobbe il bisogno di tutela all'infanzia, ma la trascuratezza, l'abuso, la violenza e lo sfruttamento a cui vengono sottoposti i bambini è un dato ampiamente dimostrato ancora oggi. Studi epidemiologici longitudinali (studio ACE -Adverse Childhood Experience- Felitti et al. 1998) e clinici esperti (Lanius et al. 2010) hanno documentato il ruolo eziologico delle precoci esperienze traumatiche complesse sulla morbilità psichiatrica in età adulta. Tra le varie traiettorie in cui la morbilità si articola (malattie somatiche, disturbi neurobiologici e psichiatrici, comportamenti sessuali devianti, sociopatie) i sintomi dissociativi rappresentano una parte importante della risposta psicopatologica allo stress traumatico e possono presentarsi come pensieri intrusivi, incubi, flashback, ottundimento emotivo, amnesia, disturbi dell'identità, patologie fisiche. La dissociazione è la reazione peritraumatica più immediata, essa può presentarsi con una varietà di sintomi gravi ed invalidanti: la frammentazione del Sé, i disturbi dell'identità, la dissociazione somatoforme: il dolore che non parla si racconta nel corpo. L'adozione di una prospettiva "trauma centered" e "body centered" aiuta il clinico a riconoscere i sintomi dissociativi che la mente produce per sopravvivere all'evento catastrofico, a comprendere e concettualizzare casi complessi e a fare un progetto di trattamento adeguato. La letteratura ci offre test di appropriatezza diagnostica per individuare l'impatto del trauma nel Sé, nel corpo e nella vita quotidiana (SCID-D, SDQ-20, DES, DDIS). Gli indicatori più comuni dello splitting primario traumatico sono: la dis-articolazione del pensiero, la compartimentazione dell'esperienza in reti neurali indipendenti, la dis-integrazione e la frammentazione del Sé e dell'oggetto, i disturbi somatoformi. La Dissociazione Strutturale (Van der Hart et al. 2006) può essere rappresentata con la metafora della musica polifonica, l'Integrazione con il motto degli Stati Uniti d'America: "e pluribus unum".

### **Dott. Thomas Marcacci**

Oltre all'esposizione reale ad oggettive esperienze di violenza interpersonale, conseguenze di vulnerabilità o patologia rispetto allo psichico in età adulta possono venire anche da esperienze non traumatiche all'apparire reale ma che come tali si sono inserite nel vissuto soggettivo e nella costruzione del Sé. Queste esperienze psichiche traumatiche possono essere in connessione sia con la *presenza che con l'assenza* rispetto a vissuti intrapsichici e interpersonali. Presenza, lungo l'età dello sviluppo, di vissuti soggettivi con impatto violento e distruttivo sulla costruzione in divenire di un sé ancora fragile; *assenza*, di esperienze possibili di importanti funzioni e contenuti psichici come, ad esempio, il versante evolutivo e sano della aggressività. Da quest'ultima prospettiva si delinea una sorta di traumatica mancanza di possibilità di esplorazione di parti di sé, che può portare alla costruzione di una identità fragile rispetto ad un contatto adulto, integrato e autentico, con la realtà. Un esempio in tal senso sono alcune forme di ritiro sociale che esordisce con la pubertà, evolve con un lento incancrenirsi di vulnerabilità durante l'adolescenza, per scoppiare infine al termine della scuola e all'affacciarsi alla vita adulta. Verranno portati alcuni casi clinici volti ad illustrare queste dinamiche psichiche in età evolutiva, considerandone il loro impatto sulla vita successiva del soggetto.

### **Dott. Marco Monari**

I dati della letteratura scientifica confermano l'esposizione a situazioni traumatiche di vario tipo (dalla violenza sessuale, a quella fisica ed emotiva) nell'infanzia dei pazienti adulti affetti da disturbi dell'area borderline (Monari, 2018). Essi sono da me così denominati per l'eterogenea presentazione sintomatologica, per le variabili risorse psicologiche in campo, per la fase del disturbo e di vita in cui si trovano.

Nel trattamento psicoterapeutico il curante non può fare a meno di rivestire prima o poi il ruolo dell'oggetto traumatico-traumatizzante. Da ciò deriva il paradosso terapeutico, che si ripete continuamente in ogni

incontro significativo, secondo il quale il paziente, nel momento in cui cerca un aiuto professionale, rischia di trovarsi nella trappola del rapporto con l'oggetto traumatico, da cui non può che uscire deluso, incompreso, arrabbiato o sintomatologicamente peggiorato, nel tentativo di approdare nuovamente ad una distanza emotiva di sicurezza. In queste fasi è inevitabile quindi che compaia sulla scena terapeutica non solo la ricerca dell'oggetto sufficientemente buono da parte del paziente, per il terapeuta l'essere o il sentirsi buoni non basta, ma anche di quello sufficientemente cattivo, magari facendo arrabbiare il suo terapeuta così buono. E in questi casi il terapeuta deve faticosamente imparare sulla propria pelle anche a saper fare la parte del cattivo per i tempi necessari e senza esagerare. La necessità di metabolizzare in qualche modo l'odio (Monari, 2016) mette a dura prova la tenuta professionale e personale dei terapeuti e richiede spesso una supervisione clinica individuale o in gruppo (Monari et al., 2017) perché le reazioni controtransferali non vanifichino gli sforzi terapeutici. A complicare ancor più il quadro, va affrontata la scomoda posizione dettata dalla frequente sequenza biunivoca salvatore-vittima-persecutore, dai comportamenti traumatofilici e dall'identificazione con l'aggressore. Vengono portati esempi clinici di queste difficili interazioni.

#### Bibliografia

Monari M. (2016) Un operatore viene picchiato. Rivista di Psicoanalisi LXII, 2: 341-362.

Monari M., Sanza M., Nasuelli F. La supervisione di equipe nel lavoro con i disturbi gravi di personalità. Angeli, Milano, 2017.

Monari M. Il gioco del rovescio nella stanza di analisi.: tra paura e meraviglia. In: Boccara P., Meterangelis G., Riefolo G. (a cura di) Parole in azione. Vie di comunicazione degli inconsci. Angeli, Milano, 2018.