

Malacrea, Lorenzini (2002) *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*, Cortina.

CAPITOLO I

DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE

1.1 Che cos'è l'abuso sessuale?

- a) è il coinvolgimento di un minore da parte di un partner preminente in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita*
- b) è un fenomeno diffuso*
- c) esso si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo*
- d) l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell'evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psico-sociale, sanitario, giudiziario)*

1.2 Conseguentemente, il danno è tanto maggiore quanto più:

- a) il fenomeno resta nascosto, o non viene riconosciuto*
- b) non viene attivata protezione nel contesto primario e nel contesto sociale*
- c) l'esperienza resta non verbalizzata e non elaborata*
- d) viene mantenuta la relazione di dipendenza della vittima con chi nega l'abuso*

1. DEFINIZIONE

1.1 L'ottica clinica

Nonostante le problematiche connesse all'abuso sessuale siano studiate ormai da diversi anni, gli studiosi non sono ancora giunti a formulare una *definizione condivisa* di violenza sessuale nei confronti dei minori.

Tale definizione ha essenzialmente *due punti critici*: la natura delle interazioni sessuali, e il tipo di relazione instaurata tra abusante e vittima. Già nel 1986 Peters, Wyatt e Finkelhor avevano rilevato lo stato del dibattito in proposito, attraverso un attento esame comparativo delle principali ricerche sull'incidenza dell'abuso sessuale verso i minori, riscontrando quattro punti fondamentali su cui divergono le definizioni: l'inclusione o meno dell'esibizionismo e delle proposte oscene tra gli atti abusivi, come pure delle aggressioni commesse da coetanei; il limite d'età della vittima e la differenza d'età tra quest'ultima e l'aggressore (Malacrea e Vassalli, 1990).

Per quanto riguarda la natura degli atti, nei diversi studi si rileva un'ampia varietà di accezioni: mentre in tempi meno recenti (per esempio Finkelhor, 1984) si tendeva ad includere nella definizione di abuso un'ampia gamma di atti, comprendenti il rapporto sessuale, la masturbazione, l'esposizione degli organi genitali, la visione di filmati pornografici, e il discutere di argomenti sessuali in modo erotico, distinti nelle categorie di "*abuso con contatto*" e "*abuso senza contatto*" (Sgroi et al., 1982), successivamente compaiono definizioni più restrittive, che considerano solo un atto sessuale che implichi il contatto (per es., Condy et al., 1987).

Ultimamente, i confini tornano a sfumare al punto che per alcuni autori la definizione è lasciata agli stessi soggetti (per es., Briere, Henschell e Smiljanich, 1992). Anche Violato (1994) giunge alla conclusione che la definizione migliore sia quella meno restrittiva, che considera abuso sessuale nei confronti di un minore qualsiasi approccio o azione di natura sessuale che coinvolga un bambino (cioè un minore di 17 anni), e/o che causi in lui disagio o sofferenza psicologica. Malacrea (1997) si pone in un'ottica simile, facendo riferimento alla definizione di Kempe (1962) e ritenendola valida per la sua ampiezza e genericità. L'autore considera abuso sessuale ogni situazione in cui *il bambino sia tratto ad espressioni sessuali alle quali, in ragione della sua giovane età, non può liberamente acconsentire con totale consapevolezza, o che violino radicati tabù sociali*. Secondo Malacrea tale definizione evita la specificazione dei singoli atti effettuati, di cui conosciamo la tipica evoluzione nel tempo, permettendo di classificare come abuso anche le prime sfumate manifestazioni di interessamento e seduzione rivolte dall'adulto al bambino.

In quest'ottica viene ridimensionato anche il *concetto di violenza*, centrale nella definizione di abuso per l'aspetto del *rapporto abusante-vittima* e utilizzato da alcuni autori come caratteristica essenziale al configurarsi di un'esperienza traumatica. Tale concetto, nel caso di bambini vittime, risulta ambiguo, e in definitiva pericoloso da maneggiare, quando debba essere applicato a situazioni in cui i legami affettivi di partenza siano tanto forti da imporre reazioni di adattamento capaci di diluire il significato intrusivo e predatorio che la stessa situazione implicherebbe se vissuta al di fuori di quella relazione. Questo comporta anche il fatto che *l'uso di forza e violenza esplicita si dimostra raramente*

necessario. Ciò è confermato da accurate rilevazioni; secondo Russel (1986) il verificarsi di situazioni caratterizzate da coercizione fisica e percosse avviene solo nel 3% dei casi (Malacrea e Vassalli, 1990).

Sempre sulla nozione di "violenza", è utile considerare il punto di vista di SgROI et al. (1982) che, in aperta contestazione con quanti riconducono a disturbi sessuali i comportamenti abusanti, ne situavano viceversa il fulcro nell'autorità e nel potere che il perpetratore ha sulla vittima, grazie alla posizione di dipendenza e di inferiorità di quest'ultima. In questo modo si dimostra che chi mette in atto comportamenti di questo tipo vuole soddisfare bisogni di potere e di dominio, piuttosto che di piacere (Malacrea e Vassalli, 1990): ma per raggiungere tale risultato non utilizza la forza bensì la posizione di predominio nel legame.

Anche Perrone e Nannini (1995) affermano che la maggior parte dei casi di incesto si verificano senza violenza "oggettiva", cioè direttamente esercitata, perchè la vittima vive l'interazione con coscienza ristretta: il padre seduce la figlia, le fa perdere il senso critico, la confonde, al punto che ogni tipo di ribellione diventa impossibile. Dai racconti delle vittime emerge infatti che l'abuso avviene dopo una preparazione che ha come effetto di legarle saldamente a livello psicologico: quando non è agita direttamente la violenza o la minaccia, viene messa in atto una specie di ritualizzazione delle relazioni, che annuncia l'abuso (dal semplice cambiamento dello sguardo e delle parole, agli atteggiamenti particolari, alle messe in scena). I due autori spiegano queste affermazioni facendo riferimento anche al *concetto di "emprise"*, la forma estrema di una relazione impari che si caratterizza per l'influenza dominante che un partner esercita sull'altro, all'insaputa di quest'ultimo. Anche se questa influenza viene percepita, generalmente la vittima non ha la possibilità di sottrarsi. In questo modo la differenziazione diviene vaga, le frontiere interindividuali sono eliminate e il bambino è preso in una relazione che ha un effetto alienante. Da parte sua egli ignora di essere in questa condizione, non comprende il senso delle intenzioni e dei comportamenti del perpetratore, non percepisce gli effetti di questa influenza. L'abusante fa credere alla vittima di amare quello che invece sta subendo, la confonde, facendole perdere il senso della realtà e quello stesso d'identità; la coscienza della sua partecipazione alla relazione è conservata, ma la natura di questa relazione resta per lei profondamente oscura.

La creazione di questo rapporto avviene attraverso *tre dinamiche: l'effrazione, la captazione e la programmazione*. La prima è intesa come la penetrazione in una proprietà privata con rottura delle frontiere e dei limiti del territorio: l'incesto è una penetrazione nello spazio del bambino e nel suo corpo, l'abusante entra anche nella sua immaginazione e rompe il suo tessuto relazionale. La captazione ha lo scopo di appropriarsi dell'altro, nel senso di catturare la sua fiducia, attirarlo, prendere la sua attenzione, privarlo della libertà. Per ottenere questo risultato vengono utilizzati tre strumenti di natura non esplicitamente sessuale: lo sguardo, la parola, il toccare. Infine, la programmazione è necessaria per assicurare la continuità e la durata dell'emprise: consiste nel condizionare la vittima per indurre in lei comportamenti predefiniti, che attivano ulteriormente nell'abusante le condotte adatte alle sue finalità. Dal canto suo il bambino avvertirà tali comportamenti come indipendenti dal "programmatore" e appartenenti a sè, non riuscendo quindi a sviluppare opposizione. Quanto sopra è particolarmente insidioso in quanto ha come obiettivo la

costruzione della vittima come oggetto sessuale, erotizzato e perciò gravato da colpa e da vergogna, costretto di conseguenza al segreto e a privilegiare proprio il rapporto con il "programmatore".

Sempre riguardo alle *strategie messe in atto dalle persone che commettono questo tipo di violenze sui bambini*, da una ricerca di Elliott et al. (1995), svolta su un campione di abusanti, emergono dati molto interessanti riguardo alle tecniche utilizzate da questi ultimi per avvicinare la vittima e per mantenerla nella sua posizione di sottomissione. Secondo i risultati della ricerca, essi usano diversi modi per avvicinare il bambino o la sua famiglia: più frequentemente giocano con lui, gli insegnano uno sport o a suonare uno strumento, ricorrono ad "un'esca", o lo portano a fare una passeggiata, mentre altri fanno leva sull'affetto, la comprensione e l'amore; infine gli abusanti possono ricorrere a racconti menzogneri o magici. Il 40% dei soggetti intervistati riferisce che una delle prime cose che fa con il bambino è quello di coinvolgerlo in attività sessuali meno intrusive (toccarsi i genitali o baciarsi); il 28% cerca di ridurre la naturale resistenza del piccolo nei riguardi delle attività sessuali, mentre il 32% gli chiede di aiutarlo in azioni come svestirsi o sdraiarsi. Se la vittima si oppone o appare impaurita, il 39% degli abusanti è pronto ad usare violenza o minacce, tuttavia la maggior parte dei perpetratori utilizza metodi più passivi per costringerla: la reazione di quest'ultima agli atti sessuali viene testata accuratamente, attraverso la discussione di problemi riguardanti la sessualità, circondandola di materiale pornografico, e aumentando gradatamente la gravità delle interazioni. Un terzo dei perpetratori abusa un bambino una sola volta, gli altri ne incoraggiano la condiscendenza e riescono a mantenere questa relazione attraverso diversi metodi: un terzo dice espressamente al bambino di non dire nulla; il 42% presenta l'abuso come un gioco; altri utilizzano pressioni psicologiche circa il rischio di punizioni fisiche o della perdita di amore o di vedere esposta la propria presunta vergogna.

Un'ultima notazione può essere riservata alla forma di violenza forse meno riconoscibile esplicitamente nella relazione: occorre ancora una volta rifarsi alla già citata definizione di Kempe. In essa, come sottolinea Malacrea (1997), è considerata la nozione di "*violazione di radicati tabù sociali*" come componente che integra la definizione di abuso. Si tratta di una forma di violenza che attacca l'appartenenza dell'individuo a un gruppo sociale dotato di regole relazionali condivise. Se in molti casi tale violenza si accompagna anche a un palese divario generazionale, di competenza e potere tra abusante e vittima, talvolta si pone come saliente e specifica: pensiamo al rapporto incestuoso tra fratelli, anche sostanzialmente coetanei, in cui la violazione dei tabù sociali viene ad amplificare la forzatura del libero consenso della vittima.

1.2 L'ottica giudiziaria

Il concetto di violenza sessuale considerato, come sopra, dal punto di vista clinico risulta più ampio di quello che emerge in un'ottica giudiziaria (Malacrea, 1997).

In Italia il quadro legislativo è mutato profondamente in seguito all'approvazione, nel 1996, della legge n°66. Tale legge, anche se si presta a critiche (per una completa disamina dell'argomento, si veda Occhiogrosso, 1999), ha introdotto alcuni importanti principi. Innanzitutto è stata modificata la collocazione dei reati contro la libertà sessuale inserendoli nel titolo relativo ai reati contro la persona.

Questa modifica è particolarmente rilevante per i minori, poiché sancisce che ogni forma invasiva della libertà sessuale incide profondamente sul processo di strutturazione della personalità e di sviluppo. Inoltre, una seconda modifica ha visto il raggruppamento in un unico reato dell'ipotesi di violenza sessuale, che la precedente normativa vedeva distinta in due diverse ipotesi: la congiunzione carnale ottenuta attraverso violenza o minaccia (art. 519 c.p.) e gli atti di libidine violenti (art. 521 c.p.). La differenza tra i due reati risiedeva nella natura dell'atto e non nelle intenzioni dell'agente né nell'esperienza della vittima. Questa distinzione è stata eliminata perché si è ritenuto lesivo della libertà sessuale un atto sessuale di qualsiasi genere, non solo quelli che implicano un congiungimento fisico.

Il reato di violenza sessuale, oggi inserito nell'art. 609-bis c.p., punisce “chi con violenza o minaccia o mediante l'abuso di autorità costringe taluno a compiere o subire atti sessuali (...), ovvero chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali approfittando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto, o trae in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona”. *Anche se, come si deduce da quanto sopra, il concetto di violenza è rimasto centrale nella legge per la definizione del reato, tale posizione è nei successivi articoli ampiamente corretta a proposito di vittime minorenni.* Infatti, a maggior tutela di queste ultime è stato mantenuto il principio di violenza presunta, quando, mancando violenza e minaccia, la vittima sia infraquattordicenne o l'autore sia persona che, a qualsiasi titolo, possa avere qualche rapporto di fiducia e/o autorità verso il minore, fino alla semplice relazione di convivenza. Viene così recepito dalla legge che la posizione dell'abusante nei confronti della vittima configura comunque un rapporto impari da un punto di vista psicologico, e ciò in relazione al ruolo generazionale e funzionale, che in questo caso è molto più significativo del legame di sangue (Malacrea e Vassalli, 1990). Si potrebbe considerare un'eccezione alla regola della presunzione di violenza l'affermazione della non punibilità del minorenne che, senza violenza o minaccia o abuso di autorità, compia atti sessuali con un minore che abbia compiuto i tredici anni, purché però la differenza d'età tra i soggetti non sia superiore ai tre anni. Tuttavia, la presunzione di violenza viene mantenuta perché il comportamento resta illecito anche se non è prevista la punibilità ex lege. Sembra essere ribadito che il tredicenne non è in grado di esprimere un valido consenso all'atto sessuale.

Non è stato modificato nell'attuale normativa il reato di incesto (art.564 c.p.), che si realizza con l'instaurazione di rapporti sessuali all'interno della famiglia tra un ascendente e un discendente, tra fratelli e sorelle, tra affini in linea diretta (Moro, 1996). E' stato invece profondamente modificato il reato di corruzione di minorenni, in quanto la nuova ipotesi di reato contempla il solo caso in cui siano compiuti atti sessuali in presenza di minore di anni quattordici al fine di farlo assistere ad essi, poiché la commissione di atti di libidine o l'induzione ad essi è già compresa nell'ipotesi di violenza sessuale (Moro, 1996).

Da queste ipotesi di reato rimangono però escluse “le relazioni sessuali tra soggetti minorenni con differenza d'età pari o inferiore a tre anni se tali soggetti hanno più di tredici anni”, indipendentemente dalla relazione che li lega (per esempio, *anche se sono fratelli*); inoltre non vengono considerate reato tutte quelle situazioni in cui il minore è esposto a un *clima psicologico decisamente perverso* e fuorviante (Malacrea, 1997). Poiché queste ultime situazioni da un punto di vista clinico possono

produrre effetti del tutto sovrapponibili a quelli connessi alle figure di reato contemplate dalla legge, *si conferma una differenza nella ampiezza della definizione* di abuso sessuale sul piano giuridico rispetto a quanto accade in considerazione dei risvolti psicologici.

2. FREQUENZA

Per quanto riguarda l'incidenza e la diffusione dell'abuso sessuale *non sono disponibili dati certi*, in parte per la difficoltà metodologica delle rilevazioni (mancanza di uniformità delle definizioni e dei criteri di campionamento), in parte perché molti abusi non vengono denunciati, e su quelli denunciati non esistono statistiche affidabili (Berliner ed Elliott, 1996).

Da almeno quindici anni l'attenzione si è concentrata, soprattutto negli Stati Uniti, sulle *ricerche retrospettive*, cioè quelle che estrapolano i dati sulla diffusione dell'abuso infantile attraverso interviste a campioni composti da soggetti adulti. Briere (1992) cita, considerando i casi di abuso sessuale tra un bambino o un adolescente e una persona maggiore di almeno cinque anni, percentuali che si aggirano attorno al 20-30% nella popolazione femminile, e al 10-15% per la popolazione maschile. Finkelhor (1994, in Leventhal, 1998) evidenzia che dall'esame di diversi studi una percentuale di donne che va dal 2 al 62% riferisce episodi di abuso sessuale, mentre nella popolazione maschile la percentuale scende tra il 3 e il 16%. Una nota ricerca svolta in Inghilterra (Baker e Duncan, 1985, cit. in Bianchi, 1997) attraverso interviste strutturate proposte ad un campione di 2019 soggetti, ha rivelato che circa il 10% del campione aveva avuto almeno un'esperienza di abuso (la definizione comprendeva sia abuso con contatto fisico che abuso senza contatto) prima dei 16 anni (12% delle donne e 8% degli uomini). In base a questi dati si stimava che 4 milioni e mezzo di adulti inglesi potevano essere stati vittime di abuso sessuale durante l'infanzia, e che più di un milione di bambini poteva essere considerato come destinato a subire una qualsiasi forma di abuso entro i quindici anni.

Esaminando in modo specifico la situazione italiana, bisogna rilevare che nel nostro paese non esiste ancora un registro nazionale, così le categorie a cui si fa riferimento nelle diverse ricerche presentano ampie differenziazioni. Tuttavia, da una ricerca ASPER (1992) sul comportamento sessuale di adolescenti e adulti emerge che il 7% delle donne e il 3% degli uomini è stato vittima di abuso sessuale e incesto. Di questi, il 24% delle donne e il 22% degli uomini ha collocato questi episodi ad un'età inferiore ai 6 anni (Di Blasio, 1996).

Le rilevazioni effettuate su *casi in atto* forniscono dati numericamente molto inferiori a quelli registrati con le inchieste retrospettive, soprattutto se si basano sulle situazioni denunciate. Infatti, se si esamina il rapporto CENSIS del 1998 riguardante la realtà della violenza sessuale in Italia, si può notare che il numero dei bambini vittime di abuso sessuale viene stimato tra i 10.500 e i 21.000 ogni anno. L'ampio margine di variabilità della stima dipende dalla diversa concezione del reato di violenza sessuale prima e dopo la Legge 66/96 che lo ha esteso. Secondo questa stima, in Italia, ogni anno circa due bambini su mille (0,2%) subirebbero violenza sessuale. Questa cifra, ottenuta attraverso indici e riscontri provenienti da studi disponibili negli Stati Uniti, è stata ponderata per

adeguarela al diverso contesto sociale e culturale che vede una minor diffusione della violenza sessuale minorile, soprattutto in ambito extradomestico, e una maggiore incidenza degli abusi intrafamiliari. Accanto ai dati forniti dal rapporto CENSIS, è interessante esaminare i dati raccolti attraverso il lavoro di un gruppo di studio attivo all'interno del Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI). Questa ricerca ha come base la casistica arrivata all'attenzione di servizi italiani particolarmente sensibili alla tematica della violenza sui minori. Nel 1997 i dodici servizi contattati avevano trattato 1088 casi di maltrattamento e abuso sessuale. Da questa ricerca emerge che le segnalazioni e gli interventi per i casi di abuso sessuale sono in netta prevalenza rispetto agli altri tipi di violenza. Le azioni di abuso sessuale sono in maggioranza qualificabili come atti di libidine (carezze, esibizionismo) (50%), rapporti sessuali (35%), e in misura minore atti di libidine reiterata, violenza sessuale assistita, induzione alla visione di materiale pornografico (2%) (Di Blasio et al., 1999).

Sempre con le caratteristiche di una ricerca esplorativa sul fenomeno, si può citare anche la rilevazione eseguita nel 2000 dal Centro Nazionale Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza (CNDM) in collaborazione con il CISMAI. Nello studio sono stati intervistati 43 centri o servizi distribuiti sul territorio nazionale per un totale di 702 casi in carico di abuso sessuale. Anche in questo campione gli atti di libidine sono più frequenti degli atti penetrativi (48.1% contro 28.8%). Da notare è l'emergere non raro (14.9%) di azioni sessuali connesse a criminalità organizzata (prostituzione, produzione di materiale pornografico, coinvolgimento in reti organizzate di pedofilia), dato che aggiunge preoccupazione in uno scenario già inquietante.

Si stanno sviluppando *tecniche di rilevazione* che, sempre avvalendosi dello strumento dell'inchiesta anonima, sono rivolte però a una popolazione non di adulti ma di ragazzi o addirittura di bambini, fornendo quindi l'opportunità di registrare sia le situazioni passate sia quelle ancora attuali. I risultati sono sorprendenti e possono essere illustrati attraverso l'esame di alcune studi svolti nel contesto americano e in quello europeo.

Leventhal (1998) facendo riferimento ad una ricerca di Finkelhor (1994) in cui i dati erano ottenuti direttamente attraverso interviste effettuate ai bambini, mette in luce che il 10,5% del campione dichiara di essere stato sottoposto ad un abuso sessuale o ad un tentato abuso senza averlo mai riferito, mentre il 6,7% lo aveva rivelato nel corso dell'ultimo anno (quindi, in totale il 17,2% dei bambini del campione risulta abusato).

Un'accurata ricerca svolta da un gruppo di ricercatori dell'Università di Ginevra nei primi anni '90 attraverso l'utilizzo di un questionario anonimo autosomministrato (Halperin et al., 1997) mostra che, in un campione di 1193 ragazzi (che frequentavano l'ultimo anno delle scuole dell'obbligo), 60 maschi (10,9%) e 192 femmine (33,8%) hanno affermato di aver subito un abuso sessuale almeno una volta nella vita. Nel 46,5% dei casi, esso è avvenuto prima dei 12 anni, e per quasi il 15% prima degli 8 anni. Atti penetrativi gravi sono stati riferiti dal 6,7% degli intervistati. La ricerca ha individuato molti altri fattori di gravità correlati all'abuso, per esempio se è stato ripetuto o se l'abusante era una persona conosciuta.

Kelly, Regan e Burton (1991, cit. in Bianchi, 1997) hanno svolto uno studio in Inghilterra dal quale risulta che, in un campione di 1244 ragazzi dai 16 ai 21 anni, il 59% delle femmine e il 27% dei

maschi affermava di aver subito almeno un'esperienza di abuso sessuale definito in senso ampio, mentre il 21% delle ragazze e il 7% dei ragazzi segnalava un abuso con contatto fisico.

Da una ricerca svolta in Francia, su una popolazione di studenti di Parigi, emergono risultati un po' più bassi: l'8% delle ragazze e il 7% dei ragazzi ha dichiarato di aver subito almeno uno di questi eventi: molestie sessuali, violenza, incesto (Gabel, 1992).

Nonostante occorra prudenza nel valutare l'ampiezza del fenomeno, data la grande variabilità dei dati, ***è tuttavia incontestabile che l'abuso infantile sia un fenomeno ampiamente diffuso, anche attenendosi ai valori minimi registrati, e ampiamente sommerso, come si deduce dalla differenza di entità tra i casi denunciati e quelli rivelati in forma anonima.*** E' ulteriore motivo di allarme e riflessione il fatto che *le inchieste meglio preparate e somministrate* (come quella di Russel negli anni '80, o quella recente di Halperin et al. nel 1997) *siano quelle che raccolgono i risultati più preoccupanti.* Il confronto tra i dati ottenuti basandosi sulle interviste e quelli ottenuti basandosi sui casi denunciati ha portato alcuni esperti a stimare che la reale incidenza dei casi di abuso sessuale nei confronti dei bambini sia da 2 a 20 volte maggiore rispetto alle cifre riferite alle autorità (cfr. Kercher e Long, 1991, in Wynkoop et al., 1995).

Si è volutamente scelto di fornire pochi dati riguardo alla diffusione dell'abuso sessuale nei confronti dei minori, evitando di descriverlo nei diversi aspetti della sua incidenza e della sua prevalenza, per lasciare spazio ad alcune ***considerazioni metodologiche*** che possono risultare più utili per l'interpretazione delle differenze tra i numerosi studi epidemiologici presenti in letteratura (cfr. Bolton et al., 1989; Berliner ed Elliott, 1996; Ruyan, 1998)

Wynkoop et al. (1995) attraverso la comparazione di diverse ricerche forniscono alcune spiegazioni possibili delle discrepanze sia tra studi che si sono occupati di valutare l'incidenza (cioè il numero dei casi che si verificano in uno specifico periodo di tempo) sia tra quelli che hanno esaminato la prevalenza (cioè il numero di soggetti che sono stati vittimizzati nel corso dell'infanzia). Per quanto riguarda le *ricerche sull'incidenza*, in primo luogo possono essere introdotte distorsioni sistematiche nell'uso dei dati da parte dei diversi enti, che hanno scopi in qualche modo differenti nel verificare e nel trattare i casi di abuso sessuale ai danni di minori. In aggiunta, si potrebbero essere verificate sovrapposizioni nella raccolta dei dati grezzi, anomalie presenti nei sistemi di raccolta dei dati o errori nella loro analisi. Infine, come già era stato accennato, la spiegazione forse più sconcertante si può trovare nelle differenze tra le definizioni di abuso sessuale infantile che portano naturalmente a discrepanze nei risultati. *Le ricerche che hanno valutato la prevalenza* di questo fenomeno sono soggette ad ulteriori problemi. Già gli studi di Finkelhor (1984) e di Peters et al. (1986) fornivano alcuni elementi di discussione riguardo alle possibili ragioni delle discrepanze tra queste ricerche. Si ritiene che le differenze metodologiche tra gli studi possano rendere conto della maggior parte della varianza nelle percentuali di prevalenza. In questi studi viene anche discussa la possibilità che le componenti degli strumenti della ricerca (comprendendo anche il numero e il tipo di domande; lo strumento di somministrazione, cioè attraverso il telefono, la posta, o di persona; la definizione di abuso sessuale nei confronti dei minori; il tipo di campione e la sua collocazione) siano possibili fonti di variazione nei risultati.

Anche Kuhlenle (1996) dedica un capitolo del suo libro (che sarà in seguito più volte citato) al problema della frequenza dell'abuso sessuale e dei fattori che ne ostacolano il realistico rilievo. Il capitolo è significativamente intitolato: "Elusive numbers", e cita, in partenza, numerosi studi da cui risulta una variabilità estrema nelle frequenze rilevate: per citare solo i dati derivanti dalle inchieste retrospettive, la prevalenza dell'abuso oscilla tra il 3% e il 31% per i maschi e tra il 6% e il 62% per le femmine.

Mentre Wyncoop et al. (1995) puntano la loro attenzione sui problemi riguardanti i metodi di ricerca, Kuhlenle mette a fuoco principalmente l'altra faccia della medaglia, e cioè le caratteristiche della memoria post-traumatica e della rivelazione in queste situazioni. Il complesso intreccio di fattori che determina la volontà e la possibilità di svelare, sostanzialmente connessa alla percezione di potere ottenere credito (gli studi dimostrano che bambini ritardati o di altra madre-lingua, come bambini che non godono del supporto materno, sono risultati particolarmente riluttanti e imprecisi, proprio perchè consapevoli di non ottenere comprensione e credito), incide profondamente sulla correttezza delle stime quantitative, quando si tratta di abusi in atto. Se le ricerche retrospettive sono sembrate un utile sistema per aggirare alcuni degli ostacoli riscontrati con casi in atto (per esempio, quelli realtivi all'obbligo di segnalazione), tuttavia non mancano ulteriori problemi. Infatti la memoria di un abuso sessuale può essere stata inibita all'origine (specie se il bambino era molto piccolo e poco consapevole di ciò che gli accadeva), repressa successivamente o semplicemente resa inaccessibile e/o incomunicabile per una serie di motivi legati all'economia psichica.

I fattori fin qui elencati convergono intorno all'ipotesi che le ricerche quantitative portino a sottostimare il fenomeno: tuttavia esiste anche la possibilità che bambini (specie piccoli e sottoposti a interviste suggestive), riferiscano abusi inesistenti (per i casi in atto) e che adulti recuperino false memorie d'abuso (per i dati retrospettivi), *portando viceversa a sovrastimarlo.*

L'autrice conclude con un invito alla cautela nel considerare la frequenza dell'abuso sessuale all'infanzia: e non tanto per i metodi di rilevazione, ovviamente perfettibili, ma per fattori intrinseci al fenomeno e sostanzialmente imm modificabili.

Tutte le osservazioni precedenti permettono di ribadire ancora una volta che è difficile, nonostante l'elevato numero di studi, fornire dati certi sulla realtà dell'abuso sessuale; ma, nonostante ciò, appare evidente l'impossibilità di negare la sua ampia diffusione.

3. CONSEGUENZE PSICOPATOLOGICHE

Già Ferenczi nel 1949 aveva ipotizzato che l'esperienza traumatica di un abuso sessuale nell'infanzia potesse portare a deficit specifici nello sviluppo dell'io e delle relazioni oggettuali. Il problema che subito si pone è quello di definire in qualche modo che cosa si intenda per *esperienza traumatica*. Alcune precisazioni interessanti a questo proposito sono fornite da L. Terr (1991), che definisce il trauma come il risultato mentale di un "colpo" o una serie di "colpi" improvvisi che destabilizzano temporaneamente il giovane, e che *fanno fallire le ordinarie strategie con cui si affrontano gli eventi esterni e le operazioni difensive*. Questo concetto non include solo quelle condizioni segnate da un'intensa reazione di sorpresa, ma anche quelle caratterizzate da una precedente previsione. Tutti i

traumi infantili, che derivano ovviamente dall'esterno e non possono nascere esclusivamente nel pensiero del bambino, causano una serie di cambiamenti nelle modalità di funzionamento psicologico. L'autrice suddivide *due tipologie di trauma* con diverse caratteristiche: quello di primo tipo, che è la conseguenza di un *evento unico e improvviso*, e quello di secondo tipo, che invece deriva da un *abuso prolungato e ripetuto*. Mentre nei traumi di primo tipo c'è la tendenza a ritornare sul ricordo, di solito completo, dettagliato e ben impresso, per tentare un rimaneggiamento retrospettivo e la rivalutazione cognitiva, nei traumi di secondo tipo più facilmente la vittima ricorre al diniego e alla paralisi psicologica.

Gli effetti di un evento traumatico come un abuso coinvolgono tutti gli ambiti di vita di una persona e, anche se non è identificabile una vera e propria "sindrome dell'incesto", si possono rilevare molti disturbi psicopatologici (Kinzl e Biebl, 1992). ***Nonostante un'esigua minoranza di studi neghi una rilevanza dell'abuso sessuale subito nell'infanzia sull'adattamento in età adulta*** (cfr. Rind et al., 1998), ***sono molto più numerose le ricerche che dimostrano che aver subito un abuso aumenta la probabilità di strutturare un disturbo di personalità*** (Luntz, Spatz Widom, 1994).

Le conseguenze dell'abuso sessuale sono suddivise da Violato (1994, ma anche da Malacrea e Vassalli, 1990) in tre sottotipi: effetti iniziali (quelli che si manifestano entro i due anni dalla fine dell'abuso), effetti che si prolungano a medio termine, infine gli effetti a lungo termine (quelli che si manifestano dopo più di due anni dalla fine dell'abuso e non sono necessariamente presenti fin dall'inizio).

3.1 Sofferenza e disfunzioni emotive

Per quanto riguarda gli effetti iniziali, dall'esame della letteratura emerge che un'esperienza di vittimizzazione sessuale può essere rapidamente seguita da diversi disturbi della sfera emotiva (Malacrea e Vassalli, 1990); la casistica riportata nelle diverse e numerose ricerche permette di osservare che la sintomatologia riguardante i disturbi emotivi è molto più frequente nei soggetti abusati sessualmente rispetto ai soggetti del gruppo di controllo (Cerezo e Frias, 1994). Questi problemi sono stati rilevati nei bambini non solo attraverso tests di personalità e strumenti proiettivi, ma anche attraverso questionari e interviste rivolte sia ai genitori che alle vittime.

Innanzitutto l'abuso può portare all'*aggravamento di comportamenti che, se non sono preoccupanti in se stessi poiché si verificano nella maggior parte dei bambini, lo diventano se si presentano molto frequentemente*. Pensiamo, a questo proposito, a difficoltà di addormentamento, fobie e paure, comportamenti regressivi (enuresi, ecc.), richiesta maggiore di attenzione, difficoltà scolastiche, ecc. (Wells, McCann, et al., 1995 ; Hibbard e Hartman, 1992).

In base alle ricerche più recenti, la *depressione* risulta essere il disturbo con maggiore incidenza tra i bambini e gli adolescenti che hanno subito un abuso sessuale (Elliott e Briere, 1992). Jehu (1988, in Briere, 1992) ha mostrato come i sintomi depressivi siano associati a una serie di credenze e pensieri correlati all'abuso ("sono cattivo e indegno"...). Un'altra spiegazione della genesi di questo disturbo, basata maggiormente su una visione relazionale, è fornita dal "modello dell'impotenza" (helplessness model) di Abramson et al. (1978), che ha trovato molte conferme nelle ricerche di Walker (1984, in

German, 1990). Secondo questi autori un bambino che viene abusato riceve un'intensa stimolazione negativa attraverso la sua interazione con l'adulto che si prende cura di lui. Gli autori sostengono che si svilupperanno nella piccola vittima sintomi depressivi quando questa percepisce che molto probabilmente la situazione avrà una fine negativa, e sente di non essere capace di cambiarla. I bambini percepiscono di avere un insufficiente controllo degli eventi, in particolare di quelli sfavorevoli; possono quindi tentare di dare un senso alle circostanze attraverso la convinzione che la responsabilità delle cose negative che capitano loro sia da attribuire alle proprie qualità interiori e costanti (Cerezo e Frias, 1994). In questo modo, il piccolo impara che non può proteggere se stesso e sviluppa anche un intenso senso di colpa.

Può accadere che questo stato depressivo esiti in un suicidio o in un tentativo di suicidio, anche se la correlazione tra la depressione e l'idea del suicidio è abbastanza bassa, secondo quanto risulta dagli studi di Wozencraft, Wagner e Pellegrin (1991).

L'*ansia* costituisce un altro dei principali sintomi appartenenti al gruppo delle disfunzioni emotive. L'abuso si presenta per sua natura come un atto minaccioso e distruttivo, e porta le vittime a diventare inclini a sentimenti di allarme o paura generalizzati (anche se è interessante notare come la violenza sessuale sia associata ad un senso di ansia minore e meno duraturo rispetto ad altre forme di maltrattamento che, in qualche modo, minacciano la vita della vittima, come il maltrattamento fisico). Il comportamento ansioso ha origine nel fatto che l'abuso del bambino avviene in un ambiente confusivo, e perciò allarmante, in cui sono compresenti, assieme a vincoli affettivi, anche elementi fortemente disfunzionali, come l'intrusione, l'abbandono, la svalutazione e/o la sofferenza. Per questo motivo, la vittima può sviluppare un'*associazione condizionata tra dati ambientali apparentemente neutrali o positivi e il pericolo*, sperimentando paura anche se il pericolo non è attuale.

Beck e Emery (1985) evidenziano i seguenti elementi costitutivi dei disturbi ansiosi: uno stato di *ipervigilanza* verso i pericoli nell'ambiente non sempre oggettivamente giustificato; una eccessiva preoccupazione per il mantenimento del controllo, dovuta alla credenza che anche un'insignificante perdita di autodeterminazione o autoprotezione possa causare una catastrofe; un'interpretazione degli stimoli interpersonali oggettivamente neutrali o positivi come dimostrazioni di pericolo o minaccia. L'ansia legata all'abuso può essere trasposta nell'*eccessiva preoccupazione per il corpo*. Spesso ci si riferisce a questi problemi coi termini *psicosomatico* o *somatizzazione*, che suggeriscono l'intreccio tra il disagio psicologico e la salute fisica. I problemi che sono più spesso associati agli episodi di abuso sono: cefalea, mal di stomaco, nausea, disturbi del sonno, anoressia, asma; ma molti altri sintomi di malessere fisico compaiono in questi casi e non trovano spiegazioni fisiologiche (Briere, 1992).

Alcuni autori si sono occupati di *individuare la patogenesi* di questi sintomi emotivi, e le varie teorie contribuiscono a metterne in evidenza vari aspetti.

I lavori di Bowlby e Ainsworth (1985), che sottolineano come le *esperienze precoci di attaccamento* nell'infanzia abbiano un importante impatto sul successivo sviluppo emozionale e relazionale, suggeriscono che l'abuso può compromettere il senso di sicurezza e la credenza in un mondo giusto e certo. Pertanto, un episodio di abuso in questo periodo cruciale dello sviluppo può probabilmente alterare la capacità relazionale, generando un modello di attaccamento ansioso o insicuro che dà

origine a sentimenti di paura e frustrazione. Tuttavia, il fatto che anche bambini con un attaccamento sicuro sviluppino sintomi ansiosi se vengono successivamente abusati, mostra che i problemi connessi all'attaccamento non possono essere gli unici elementi causali dello sviluppo del senso di ansia e paura (Briere, 1992). Di Blasio (2000) ha messo in luce, attraverso la revisione delle ricerche di alcuni autori, che l'attaccamento e l'abuso subito non appaiono correlati, ma esercitano differenti influenze sugli effetti a lungo termine: la gravità dell'abuso sembra predire i classici sintomi del disturbo post traumatico da stress, mentre l'insicurezza del legame di attaccamento appare predittivo di angoscia, depressione e disturbi della personalità.

Numerosi autori hanno recentemente rivolto la loro attenzione al *Disturbo da Stress Post-traumatico (PTSD)* come spiegazione dei disturbi emotivi causati dall'abuso sessuale. Se già Freud coniò il termine "nevrosi traumatica", solo negli anni '70 (con il cruciale "Chowchilla study" di Terr, 1976) si iniziò a studiare sistematicamente la genesi di questi disturbi (Zeanah, 1996).

Poiché non è stata mai identificata una sindrome specifica che descriva tutte le conseguenze dell'abuso sessuale nei bambini, e copra l'intera gamma dei sintomi, sono stati considerati i disturbi da stress post-traumatico come possibile diagnosi che potrebbe corrispondere all'insieme della patologia successiva all'abuso (Rowan e Foy, 1993).

Il concetto di PTSD (Post-Traumatic Stress Disorders) permette di descrivere il modo in cui eventi relativamente brevi o discontinui possano giustificare una notevole parte delle diverse reazioni collegate che si presentano nei mesi e negli anni seguenti (Wolfe, Sas e Wekerle, 1994). Con questo termine ci si riferisce ad alcuni sintomi psicologici persistenti che si verificano in reazione a eventi altamente angoscianti, e fisicamente distruttivi. I criteri proposti dal DSM IV (APA, 1994) per la diagnosi sono:

- l'esperienza traumatica ha avuto queste caratteristiche: il soggetto si è confrontato con circostanze che hanno implicato la morte, o la minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia dell'integrità fisica propria o di altri; la risposta della persona comprendeva paura intensa, orrore o sentimenti di impotenza (in particolare, nei bambini ciò si può esprimere in un comportamento disorganizzato o agitato).
- l'evento traumatico tende ad essere rivissuto in diversi modi;
- vengono persistentemente evitati gli stimoli associati all'evento traumatico e attenuata la reattività generale;
- sono presenti sintomi persistenti di aumentata eccitazione;
- il disturbo ha una durata superiore ad un mese.
- il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

Generalmente, questa patologia si sviluppa secondo una precisa sequenza: una prima *fase acuta* in cui compaiono reazioni immediate di disorganizzazione, sentimenti di vulnerabilità, incredulità, bisogno di isolarsi, senso di annichilimento; in seguito compaiono reazioni *a breve termine*, che comportano emozioni e sentimenti più articolati, anche se ambivalenti e contrastanti (autocolpevolizzazione e, contemporaneamente, odio verso l'aggressore); infine compaiono le reazioni *a lungo termine* che implicano la perdita di fiducia in se stessi e sintomi depressivi (crisi di

pianto, insonnia, isolamento depressivo, incubi, disinteresse verso di sé e verso gli altri, sfiducia negli altri) (Di Blasio, 1996).

I risultati di uno studio di Wolfe, Sas e Wekerle (1994) mostrano che circa la metà dei bambini abusati sessualmente soddisfano i criteri per la diagnosi di PTSD. Una ricerca italiana (Di Blasio, 2000) ha rilevato che i due terzi di tale popolazione manifestava sindrome post-traumatica da stress, ma la percentuale cresce se si considerano anche i casi di PTSD parziale (McLeer et al., 1992; in Di Blasio, 2000).

Vediamo anche le *espressioni che il PTSD connesso all'abuso assume negli adulti abusati nell'infanzia.*

Gelinas (1983) sottolinea come *tale sindrome possa emergere in ogni momento dopo l'esperienza traumatica*, che di solito è seguita da ribellione, poi da un diniego persistente, che si alterna a ripetute intrusioni di elementi che testimoniano l'esistenza di un trauma. Uno di essi è la tendenza, compulsiva e involontaria, alla ripetizione di alcuni aspetti dell'esperienza, nonostante gli sforzi coscienti per evitarla e sopprimerla. Queste ripetizioni possono avvenire a livello del pensiero (incubi, allucinazioni, idee ossessive), dell'emotività (attacchi di panico o crisi di pianto, con o senza la consapevolezza cosciente dell'associazione col trauma), o del comportamento (la verbalizzazione compulsiva, l'espressione ricorrente dell'esperienza traumatica attraverso la gestualità, i movimenti o la produzione artistica). Questa fase è tipicamente accompagnata da sintomi psichiatrici non specifici. I disturbi tendono a persistere fino a quando la nevrosi non viene curata, o fino a quando qualche evento della vita aiuta il paziente a risolvere il suo problema.

Se alla nevrosi traumatica non segue una terapia c'è la tendenza all'elaborazione secondaria che, di solito, dà luogo a un quadro sintomatico che spinge la persona a cercare aiuto psicologico. I sintomi più frequenti di questa elaborazione secondaria sono la depressione cronica, il senso di colpa, una bassa autostima. Inoltre, anche dopo molto tempo, *gli eventi* che costituiscono delle tappe importanti dell'evoluzione fisiologica, *che contengono elementi simili* o che sono strutturalmente simili alla situazione dell'abuso, *possono funzionare come riattivatori traumatici e quindi peggiorare il quadro clinico.* Ciò accade soprattutto nell'area della sessualità, quando il soggetto è abbastanza grande da essere sessualmente attivo. I sintomi possono essere aggravati anche se gli eventi di vita successivi innescano il ricordo dei precoci squilibri relazionali connessi all'abuso; oppure se l'impossibilità di predire la violenza, sperimentata in passato, è riattivata dalla percezione da parte della vittima della propria incapacità attuale nel controllare qualche situazione (Wolfe, Sas e Wekerle, 1994).

Come sottolineato da Gelinas (1983) i disturbi a livello emotivo si presentano anche dopo molto tempo: nella letteratura clinica la depressione risulta essere il sintomo più comunemente riferito dagli adulti abusati sessualmente nell'infanzia (Brown e Finkelhor, 1986). Inoltre, sempre tra i soggetti adulti sono molto diffusi i sentimenti presenti nell'immediato nei bambini abusati, e cioè isolamento, senso di inferiorità e di vergogna, e l'autostima è deficitaria.

L'ansia, che si sviluppa come conseguenza dell'associazione tra fattori ambientali e il pericolo, ha diverse conseguenze anche nell'età adulta. Quella più frequente è il presentarsi di disfunzioni sessuali che colpiscono la quasi totalità delle vittime una volta divenute adulte (Briere, 1992) e che toccano

estremi opposti: frigidità, impotenza, paura di contatti sessuali da un lato e promiscuità dall'altro sono le manifestazioni più tipiche (Malacrea e Vassalli, 1990).

Anche i disturbi psicosomatici si possono manifestare a lungo termine: l'incidenza dei problemi alimentari (anoressia e bulimia) è così elevata che alcuni ricercatori (Oppenheimer et al., 1985; Hall et al., 1989) ritengono che l'eventualità dell'abuso sessuale debba essere sempre investigata nell'anamnesi dei pazienti che ne sono affetti. Anche i disturbi del sonno, come incubi ricorrenti e insonnia cronica, compaiono spesso (Malacrea e Vassalli, 1990; Luberti, 1997).

3.2 Problemi comportamentali

I problemi che riguardano l'area della *devianza sociale* hanno attirato l'attenzione di clinici e ricercatori anche più dei problemi psicologici. Infatti, probabilmente, gli effetti dell'abuso sul comportamento suscitano maggiore preoccupazione in coloro che si occupano di salute mentale e di giustizia, soprattutto quando si manifestano come conseguenze a lungo termine, nell'età adulta. Sebbene questa speciale attenzione suggerisca in modo sbagliato che le sofferenze e i disagi delle persone depresse, introversive o con una personalità dissociata siano in qualche modo meno importanti, lavorare in questo campo è senza dubbio fondamentale per la prevenzione di un'ampia porzione dei problemi sociali. Infatti, comportamenti antisociali sono comuni come conseguenze della vittimizzazione sessuale subita nell'infanzia.

Un'altra interessante ricerca (Widom e Ames, 1994) mostra che l'abuso sessuale, paragonato ad altri tipi di abuso e trascuratezza, aumenta il rischio personale di *compiere un crimine in età adulta*. In particolare, i bambini che sono stati sessualmente abusati rischiano maggiormente di essere arrestati per crimini sessuali in età adulta, anche se i fattori che concorrono a spiegare questa relazione, sono complessi. Nonostante siano state esaminate le caratteristiche dell'abuso in relazione allo sviluppo di un comportamento delinquenziale, non sono state rilevate particolari correlazioni.

L'uso di sostanze psicoattive e dell'alcol danno risultati immediati come "pain-killer" per molti soggetti che soffrono di depressione, ansia, o ricordi sconvolgenti. Gli effetti principali dell'alcol e delle droghe sono: forte attenuazione o eliminazione della disforia; induzione di euforia o di un senso di relativo benessere; interferenza con il ricordo di eventi dolorosi. Inoltre in alcuni casi, forniscono l'opportunità di esprimere la sofferenza, altrimenti inibito, oltre che un'occasione per trovare un gruppo di supporto (Briere, 1992).

L'associazione tra l'uso di droghe e di alcol e l'abuso sessuale è ben documentata dalla ricerca di Briere e Runtz (1987), i cui risultati mostrano che le pazienti sessualmente abusate hanno una probabilità 10 volte maggiore di utilizzare sostanze stupefacenti, e più del doppio di possibilità di presentare una storia di alcolismo, rispetto al gruppo di controllo costituito sempre da donne con problemi, ma non abusate nell'infanzia.

Oltre alla devianza sociale e all'abuso di sostanze, molti altri *disturbi comportamentali* possono conseguire all'abuso. I comportamenti più problematici in questo ambito sono: l'attività sessuale frequente e indiscriminata, la sovralimentazione compulsiva e cronica, le spese folli, l'attività ad alto rischio, l'automutilazione. Vediamo i più importanti nel dettaglio:

•*automutilazione*: definita come un danno o una deturpazione del corpo deliberatamente autoinflitta e autodeterminata, e non accettabile per la società. Molti ricercatori hanno dimostrato che questo comportamento è utilizzato per ridurre la tensione psichica collegata a una percezione estremamente negativa, a un senso di colpa e di odio verso di sé, sentimento di impotenza e intensa depersonalizzazione, e un processo di pensiero frammentato. Sebbene provochi un senso di calma nell'immediato, questo comportamento risulta gravemente disadattivo nel tempo poiché porta a circoli viziosi, che spiegano la resistenza alla cura (Briere, 1992). Questi comportamenti risultano inoltre strettamente correlati ai disordini alimentari, specialmente alle sindromi anoressiche-bulimiche, e ai tentativi di suicidio (Baral et al., 1998).

•*comportamenti sessuali compulsivi*: nelle persone abusate nell'infanzia si trovano spesso rapporti sessuali frequenti e con partner sempre diversi. Ciò può apparire come la ricerca di vicinanza e intimità, in conseguenza alla forte deprivazione precedente. Una seconda motivazione per questo comportamento vede l'utilizzo del sesso come distrazione, eccitazione, ed evitamento del senso di vuoto (Briere, 1992). Questi comportamenti si presentano in periodi di depressione, di solitudine, in cui si percepisce di essere abbandonati o in cui ritorna alla mente continuamente l'episodio dell'abuso. Nella sfera della sessualità le donne vittime di un abuso sessuale mettono inoltre in atto comportamenti a rischio, come rapporti sessuali non protetti e la tendenza a scegliere partners ad alto rischio di un'infezione da HIV (Whitmire et al., 1999).

Dai dati delle ricerche risulta inoltre che le donne che hanno subito un abuso sessuale nell'infanzia costituiscono gran parte del gruppo in cui si verifica una *rivittimizzazione* da adulte (Cloitre, 1998). A tale evento, che ovviamente comporta un effetto-somma rispetto ai danni del primitivo abuso, dedica particolare attenzione un recente articolo di Grauerholz (2000), che costruisce uno schema articolato dei fattori che possono costituirne le radici. L'autrice, ricorrendo alla prospettiva ecologica di Belsky (1980), delinea quattro aree problematiche interconnesse come centri concentrici. Esse sono:

- a) l'area dello sviluppo ontogenico, in cui sono compresi sia i fattori di patologia individuale derivanti dall'abuso subito nell'infanzia (sessualizzazione traumatica, bassa autostima, impotenza, stigmatizzazione, più tutti i comportamenti "riduttori di tensione" a tali vissuti connessi), sia quelli derivanti dalle precoci esperienze familiari (separazioni, disorganizzazioni, disfunzioni, genitori non supportivi e altro)
- b) il microsistema, che comprende sia l'esposizione della vittima al rischio (attraverso l'adozione di condotte devianti, o l'espressione sintomatica dei vissuti tipici delle vittime), sia i fattori che spingono l'abusante a credere di poter agire aggressivamente (o perchè percepiscono la vittima come debole e isolata, o perchè conoscono il passato abuso e ritengono che la donna resista insinceramente in quanto promiscua) e la vittima a non sapere essere assertiva (e che pescano nei vissuti già a più riprese elencati)
- c) l'esosistema, o sistema sociale più largo di appartenenza, che comprende la carenza di risorse e di alternative

d) il macrosistema, o sistema culturale e istituzionale di appartenenza, quando comporta il biasimo nei confronti delle vittime e un sistema di giudizio che oppone "brave ragazze" a "cattive ragazze" nella costruzione di modelli femminili.

L'autrice conclude che, pur essendo desiderabile maggiore ricerca, è nell'intreccio di tutti questi fattori che va correttamente ricercata la ragione delle rivittimizzazioni.

• *“binging and purging”* : le ricerche hanno rilevato recentemente che i soggetti con problemi alimentari spesso riferiscono storie di abuso sessuale nell'infanzia, in particolare le persone bulimiche. Questa particolare associazione è supportata dagli studi che riguardano le famiglie delle bulimiche, che si presentano come disfunzionali, intrusive e aggressive e, perciò, potenzialmente abusanti. Inoltre la bulimia appare come una risposta ad eventi stressanti e affetti dolorosi, analoga ai comportamenti di automutilazione (Briere, 1992).

Comportamento estremo conseguente all'abuso è il *suicidio*, che può avvenire in molti modi e avere diversi significati. Molte persone che si suicidano non cercano la morte in sé, ma ricercano la fine di una vita di sofferenze dopo il fallimento di altri tentativi di darsi conforto. Molti studi evidenziano il fatto che le persone sessualmente abusate presentano percentuali più alte di tentativi di suicidio rispetto a quelle del gruppo di controllo (Briere e Ramsay, 1986). La tendenza suicidaria può comparire in forme più coperte: per esempio, le ricerche riguardo alla tossicodipendenza hanno rilevato che, nella popolazione di donne che hanno corso il pericolo di morire di overdose, il 72% ha riferito di aver subito una qualche forma di abuso sessuale. Inoltre, tra coloro che avevano rischiato la morte più spesso, le forme di abuso erano più gravi e l'abuso era avvenuto prima dei tredici anni e per un lungo periodo (Xavier et al., 1998). In alcuni casi questi comportamenti auto-distruttivi possono essere associati a pensieri omicidi nei confronti dell'abusante, accompagnati da dirompenti sentimenti di rabbia, che emergono nel momento in cui è più forte il senso di impotenza (Luberti, 1997).

La dinamica che può spiegare tali disturbi comportamentali fa riferimento alla necessità di ridurre la tensione conseguente all'esperienza traumatica. Le vittime di abuso possono sentire la spinta a esternare i loro conflitti e problemi, attraverso l'aggressività e la rabbia; in aggiunta, possono soffrire di una specifica incapacità nel controllo dell'istinto, che risulta in un'alterata inibizione delle risposte comportamentali ai bisogni e alle frustrazioni. In ogni caso il problema comportamentale può rappresentare una decisione, cosciente o non cosciente, di “scegliere il male minore”: di fronte all'estrema angoscia collegata all'abuso, spesso ridestata dalla rivittimizzazione e/o da un rifiuto o da un abbandono percepito, la vittima può impegnarsi in alcune attività che anestetizzano, interrompendo i sentimenti dolorosi e impedendo la presa di consapevolezza dell'abuso.

Si pensa che questo *“modello di risposta riduttrice di tensione”* (Briere, 1992) sia appreso durante e/o in seguito alle esperienze traumatiche, quando ogni sistema per evitare il dolore viene rinforzato. Nel corso del tempo i bambini imparano ad affrontare l'angoscia ricorrendo alla *distrazione*, o ai *comportamenti anestetizzanti*, oltre che alla *dissociazione*. In questo modo si crea un pericoloso circolo vizioso che compromette lo sviluppo. Infatti, *l'efficacia di questi meccanismi nel ridurre la tensione inibisce la ricerca di più efficaci abilità di controllo degli affetti*, lasciando la vittima senza altre alternative per affrontare ulteriori sofferenze.

Questi comportamenti si verificano secondo una serie di passaggi prevedibili: il soggetto abusato sperimenta o prevede una serie di eventi stressanti, che risultano simili ai problemi non risolti che riguardano l'abuso. Essi ridestano o aggravano forti sentimenti di rabbia, ansia, impotenza, e innescano la ricerca di ogni mezzo che riduca la tensione, spesso sperimentato come scelta impulsiva o ego-distonica. Se questi comportamenti sono efficaci, si verifica uno stato di calma temporanea. Comunque, possono essere presenti anche la colpa o il disgusto per le proprie azioni e il senso di non averne il controllo, che possono paradossalmente motivare ulteriormente la necessità di mettere in atto questi agiti: il comportamento che riduce la sofferenza viene probabilmente ripetuto anche in presenza di pressioni o minacce (Briere, 1992).

Questa prospettiva pone l'accento non solo sull'incapacità di modulazione degli affetti dolorosi, ma anche sul grado di angoscia (dovuta a eventi del presente o del passato) che la vittima sperimenta. Quest'ultimo è parzialmente determinato dalle sue capacità di auto-calmarsi e sopportare la sofferenza e il dolore, dal supporto ricevuto dall'ambiente e dallo schema cognitivo (McCann e Pearlman, 1990).

Anche se i bambini più piccoli non incorrono solitamente nel rischio di sviluppare patologie così pericolose e articolate come quelle sopra descritte, tuttavia dinamiche analoghe sono riconoscibili in essi e possono produrre serie distorsioni nei comportamenti.

Esaminiamo ad esempio il *gioco*, che nei bambini abusati presenta particolari caratteristiche, diverse, come descritto da Terr (1981), da quelle dei bambini non traumatizzati:

- la ripetitività compulsiva: i bambini traumatizzati continuano il loro gioco fino a quando qualcuno dice loro di fermarsi, oppure vengono allontanati, o raggiungono una comprensione emotiva della connessione con il trauma;
- il legame inconscio tra il gioco post-traumatico e l'evento traumatico, che rimane tale fino a quando non è interpretato dal terapeuta;
- la mancanza di elaborazione e la povertà delle difese: il gioco di questi bambini si presenta come una ripetizione grezza dell'evento che li ha traumatizzati;
- il fallimento del gioco nel fornire un sollievo all'ansia;
- l'ampia gamma d'età dei bambini coinvolti in questi giochi;
- le variazioni del tempo intercorso tra il momento dell'abuso e lo sviluppo di questo tipo di gioco;
- la possibilità che il gioco coinvolga secondariamente anche bambini che non hanno subito il trauma, "contagiando" altri soggetti più giovani,
- la pericolosità;

Normalmente, il gioco è per il bambino un sistema di elaborazione mentale che permette di meglio affrontare le diverse situazioni ambientali, che favorisce la crescita, lo sviluppo e l'eliminazione dell'ansia. I bambini traumatizzati tentano di utilizzare il gioco con questi stessi scopi, ma ciò non può portare al successo per diverse ragioni. La prima è il fallimento sul piano delle identificazioni, in quanto nel gioco post-traumatico il bambino non riesce a immedesimarsi in qualcun altro: per questo non può usare sufficienti difese e prendere distanza dall'evento. La seconda ragione è rappresentata dal fallimento della possibilità di fornire una buona conclusione all'evento: infatti, avendo nella realtà sperimentato il trauma, non c'è la possibilità di immaginare un lieto fine. Infine, il terzo motivo

dell'inefficacia di questo tipo di gioco è che esso tenta di affrontare un evento esterno reale piuttosto che un'esperienza interiore, perciò la finzione non potrà mai maneggiare compiutamente il problema, come accadrebbe se questo esistesse solo nel vissuto del bambino. Tutto ciò finisce per aggravare l'ansia, perché ne ricrea le condizioni.

Un altro disturbo diffuso è la produzione di *comportamenti sessualizzati*. In quanto indicatori di abuso sessuale a supporto delle valutazioni cliniche, l'argomento sarà affrontato nel dettaglio nel capitolo successivo. In questa sede vale la pena richiamare che, proprio come per i disturbi della sfera sessuale negli adulti vittimizzati da bambini, anche in questi ultimi la confusività che accompagna l'esperienza traumatica sessuale può dar luogo a importanti distorsioni delle conoscenze e delle modalità di interazione delle piccole vittime in questo settore, ancora una volta secondo la direzione dell'accentuazione compulsiva o quella dell'evitamento. La letteratura sull'argomento è copiosa e precisa, soprattutto nel rispondere alla giusta esigenza di distinguere tra comportamenti di esplorazione sessuale comuni a tutti i bambini e comportamenti di sicura marca post-traumatica. Soprattutto Friedrich (1989, 1991, 1992) si è dedicato, a partire dalla messa a punto del Child Sexual Behavior Inventory, a definire con accuratezza le due categorie (per una revisione del tema, si veda Malacrea, Seassaro, 1999). Quanto alle dinamiche psicologiche che possono stare alla base di tali comportamenti, si ritrova ancora l'esigenza di scarico della tensione, di conseguire una anestesia attraverso l'eccitazione, di dissociare in tal modo il pensiero degli aspetti dolorosi dell'abuso, di aggredire altri, solitamente soggetti percepiti come altrettanto deboli di se stessi in passato, nel tentativo di riprendere il controllo di ciò che ha fatto sentire profondamente impotenti.

3.3 Disturbi nelle relazioni interpersonali

Mentre le conseguenze a livello comportamentale o sintomatico attirano l'attenzione della società, molte persone abusate sperimentano difficoltà in settori sociali meno visibili, come le relazioni con gli altri. Spesso l'abuso avviene nel contesto di una relazione d'intimità e di fiducia, così che il bambino impara a temere chi gli è prossimo o diventa ambivalente nei suoi confronti. Ne conseguono *problemi nelle relazioni intime, nel fidarsi e nell'accettare l'autorità*, problemi che possono avere conseguenze molto gravi (Briere, 1992).

Tali conseguenze consistono prevalentemente nella paura e nell'ambivalenza tra il desiderio di sperimentare legami di attaccamento e il sentirsi in essi vulnerabili (Briere, 1992). Secondo Alexander (1992, cit. Di Blasio, 2000), la modalità di attaccamento insicuro-evitante a causa dell'abuso subito rende il bambino incapace di difendersi e di chiedere aiuto agli adulti, l'inversione di ruoli o la parentificazione lo rendono più vulnerabile alla manipolazione e un attaccamento disorganizzato lo spinge a temere la dissoluzione della famiglia. La qualità dell'attaccamento sembra mediare non solo le reazioni emotive del bambino all'abuso sessuale, ma anche la sua capacità di far fronte concretamente alla situazione. Inoltre, uno studio di Roche et al. (1999) indicano che una storia segnata dall'abuso sessuale è predittiva dello stile di attaccamento dell'adulto, che a sua volta costituirà il mediatore tra l'esperienza infantile e l'adattamento psicologico successivo.

Forse uno degli aspetti più dolorosi e distruttivi dell'abuso è il suo impatto sulla *capacità della vittima di fidarsi degli altri*. Dato che richiede la sospensione delle difese e l'assunzione di essere in mani sicure, la fiducia è un sentimento che causa difficoltà alle persone che sono state maltrattate. La continua aspettativa di essere maltrattato, la difficoltà a fidarsi, la tendenza a reagire eccessivamente alla percezione di un rifiuto o di una svalutazione possono portare all'isolamento. Di conseguenza l'amicizia e le relazioni amorose possono essere sporadiche, superficiali e raramente sono durevoli. Un altro problema di queste persone è l'associazione tra l'entrare in relazione e rischiare il maltrattamento: esse possono sia evitare del tutto la vicinanza interpersonale sia accettare come inevitabile un certo livello di aggressività nelle relazioni (Briere, 1992). In quest'ultimo caso si può generare il rischio che la vittima sia nuovamente coinvolta nell'abuso in un contesto relazionale diverso (Gelinas, 1983).

Come già riferito, anche *la sessualità è alterata*: se nel paragrafo precedente abbiamo considerato ciò nel suo aspetto compulsivo-difensivo, ne va analizzata anche la valenza più specificamente relazionale, in cui ha un ruolo determinante la dinamica sopra descritta a riguardo dell'intimità. Negli adulti possono insorgere disfunzioni sessuali dovute alla paura della vulnerabilità e di una nuova vittimizzazione; alla sfiducia verso i partners sessuali o verso la gente in generale; oppure, all'opposto, compare la tendenza a idealizzare eccessivamente le persone o ad esserne dipendenti. Inoltre può avvenire un eccessivo interessamento per le questioni sessuali o la sessualizzazione delle interazioni. *Questo contraddittorio panorama deriva dalla confusività che ha circondato la vittimizzazione sessuale e dall'uguale confusività dei meccanismi difensivi conseguenti*. Da una parte, una persona che ha direttamente sperimentato il trauma di essere abusato può volere evitare i pensieri che riguardano la sessualità, per le associazioni dolorose e la paura che comportano. D'altro canto, il fatto di essere stata prematuramente messa al corrente delle questioni sessuali, può facilmente incrementare l'interesse della vittima riguardo a questi argomenti. Inoltre, queste vittime hanno imparato fin da piccole che la sessualità è l'unico modo per ottenere la vicinanza fisica e le cure e che la loro sessualità è l'aspetto più interessante per le persone che hanno potere. Ciò nei casi più gravi può condurre alla prostituzione; altre volte porta a ritenere che la sessualità sia il modo migliore per mantenere o iniziare una relazione intima, oppure per ottenere attenzioni o potere.

E' anche possibile che si verifichi una *spinta alla ripetizione dell'abuso nei confronti della nuova generazione* (Gelinas, 1983). Questo passaggio da vittima nell'infanzia a persecutore nell'età adulta avviene soprattutto negli uomini, e può derivare dal fatto molto probabile che anche l'aggressore sia stato un uomo e serva da modello, e/o dalla particolare sensibilità di questi individui ai messaggi sociali che incoraggiano nei maschi l'uso della violenza nelle relazioni con i più deboli (Briere, 1992). Una approfondita analisi delle dinamiche che possono portare a questo esito si trova in de Zulueta (1993). Una ricerca di Hall et al. (1998) mostra che anche le donne possono diventare a loro volta abusanti verso i bambini. In particolare risulta che le donne che hanno subito un abuso sessuale violento nell'infanzia hanno una probabilità sei volte maggiore di diventare potenziali abusanti dei loro figli.

Un altro tipo di comportamento è la *manipolazione*. Questo termine si riferisce a quei comportamenti, in apparenza non aggressivi, messi in atto per ottenere beni e/o servizi da coloro che altrimenti non li

avrebbero concessi. Le situazioni vissute da queste persone nell'infanzia possono averle condotte a vedere il mondo come un ambiente ostile, dove nulla è meritato o dato gratuitamente. In questo modo le vittime imparano che l'unico mezzo per ottenere qualcosa è di scambiarla con qualcos'altro, o ottenerla con l'inganno. Inizialmente questa è solo una strategia di adattamento, poi viene rinforzata e resa stabile dall'ambiente costantemente maltrattante. Nella prospettiva delle vittime questo è un comportamento necessario per sopravvivere, Per quanto tale condotta appaia funzionale alla persona abusata, ha l'effetto negativo di allontanare gli altri, dando origine ad un circolo vizioso.

Un'ulteriore comportamento che evidenzia un disturbo relazionale è il *comportamento aggressivo*, di segno opposto ai precedenti. Conseguenza frequente dell'abuso, l'aggressività appare come una generica manifestazione del trauma ad esso legato, della disforia, e del modello comportamentale offerto dai genitori, che costruiscono la percezione di dover lottare con un mondo popolato di aggressori. Anche in questo caso la conseguenza è l'isolamento, che porta a sua volta a un incremento dell'aggressività (Briere, 1992). Comportamenti aggressivi etero-diretti sono rilevabili come conseguenze sia a breve che a lungo termine dell'esperienza traumatica. Nei bambini (Di Blasio, 2000) essi appaiono relativamente dipendenti dalla presenza di PTSD, come molti autori hanno constatato, e mostrano un incremento grave tra i ragazzi più grandi (12 - 15 anni). Gli attacchi al mondo circostante non sono però l'unica forma del comportamento aggressivo: i bambini più piccoli (4 - 7 anni) esprimono più frequentemente atti autolesivi, indice probabile del prevalere di una percezione di sé come inadeguati, cattivi, incapaci. A volte comportamenti aggressivi etero e auto-diretti coesistono nello stesso soggetto: ciò avviene sovente negli adolescenti, rendendo particolarmente preoccupante la loro situazione.

Altre volte, al polo opposto, gli effetti dell'abuso comportano invece la *valorizzazione della capacità di essere buoni, arrendevoli, passivi*, nelle interazioni con gli altri, nella speranza di evitare ulteriori vittimizzazioni.

3.4 Effetti a livello cognitivo

La capacità di formarsi opinioni significative riguardo a se stessi, agli altri, all'ambiente, e al futuro, si basa sull'apprendimento nell'infanzia. Nei bambini abusati questa abilità e la percezione di sé sono spesso distorte a causa delle violenze subite: possono essere sovrastimati i pericoli e le avversità del mondo, ed essere sottostimati l'efficacia e il valore personale. Lo studio dell'impatto cognitivo della violenza sessuale lega quest'ultima al successivo senso di colpa, alla bassa autostima, all'autorimprovero e ad ulteriori attribuzioni distorte. Per es., le donne con una storia di abuso sessuale sono più inclini ad attribuire gli eventi negativi a fattori interni e stabili, al loro stesso carattere e comportamento.

Finkelhor e Browne (1985) hanno sottolineato che tre delle dinamiche particolarmente distruttive che generano il trauma, cioè la stigmatizzazione, il tradimento, e l'impotenza, hanno *la capacità di alterare, oltre al tono affettivo, anche la percezione del mondo e di sé*. La percezione negativa, derivata dall'abuso, probabilmente riconosce due fonti: le specifiche reazioni psicologiche della vittima, e il tentativo della stessa di dare un significato a ciò che le è accaduto.

Un effetto comune della vittimizzazione è l'*ipervigilanza* verso il pericolo, che può condurre alla iper-reattività in presenza di minacce potenziali, reali o immaginarie. La percezione di essere sempre in pericolo e la sensazione di impotenza, collegate al vissuto di non-controllo sperimentato nell'abuso, sono ulteriormente aumentate dal fatto che l'abuso è avvenuto quando la vittima era un bambino, perciò ancora fisicamente e psicologicamente in situazione di oggettiva inferiorità. Inoltre le vittime possono percepire un movente sessuale o di sfruttamento nei comportamenti delle figure autorevoli, e quindi possono rispondere con l'evitamento o al contrario con la condiscendenza, mettendo in atto in quest'ultimo caso un comportamento passivo o sessualizzato.

Questa sensazione di pericolo è aggravata dalla mancanza di difese contro queste minacce. L'effetto più prevedibile di questa dinamica è *la crescente presupposizione di essere senza risorse o possibilità di scelta*. I bambini accettano il fatto che la possibilità di evitare l'abuso non sia sotto il loro controllo e successivamente estendono questo assunto anche ad altri eventi meno incontrollabili, percorso che porta alla cosiddetta "impotenza appresa". Questa si può presentare anche come passività nei confronti del pericolo o autopercezione di inadeguatezza nell'affrontare le circostanze avverse e ciò può portare ad una forte vulnerabilità nei confronti di ulteriori vittimizzazioni.

La mancanza di autostima può anche derivare da ciò che è chiamata *stigmatizzazione*, il messaggio negativo che la vittima riceve dall'abusante, o indirettamente dalla società. L'interiorizzazione di questi giudizi negativi produce frequentemente il senso di colpa, la vergogna e l'autorimprovero.

In realtà, *l'autovalutazione negativa può derivare*, in modo autoctono, anche *dal tentativo di dare un senso a quello che è successo*. Ne deriva una serie di inferenze quasi logiche basate sulla comprensione dell'evento da parte del bambino, che si sviluppano in questo modo:

- un genitore o un adulto di cui mi fidavo mi ha fatto del male;
- questo può essere dovuto a due cause: o sono stato cattivo io o lo è stato lui;
- mi hanno insegnato che i genitori sono sempre nel giusto e fanno sempre le cose per il nostro bene, solo quando facciamo qualcosa di sbagliato ci puniscono, ma sempre per il nostro bene;
- perciò deve essere colpa mia se mi hanno fatto del male, quindi mi merito le punizioni;
- sono così spregevole come quello che mi viene fatto: sono cattivo perché mi viene fatto del male e mi viene fatto del male perché sono cattivo;
- mi fanno male molto spesso e/o in modo piuttosto grave, perciò devo essere stato molto cattivo.

La forza di questo pensiero risiede nelle sue qualità autopertuantesi che fanno sentire i loro effetti anche nell'adolescenza e nell'età adulta.

Considerando il problema da un altro punto di vista, forse maggiormente personale e meno relazionale, si possono notare *distorsioni a livello della memoria e del pensiero*. La *dissociazione* è la principale di queste disfunzioni, ed è definita come una rottura difensiva nella normale connessione esistente tra pensieri, sentimenti, comportamento e ricordi, adottata (coscientemente o inconscientemente) per ridurre l'angoscia. Sebbene la sua eziologia sia molto complessa, molti ricercatori l'hanno collegata ad eventi traumatici e, recentemente, in modo specifico all'abuso sessuale nell'infanzia, suggerendo che questo possa portare lo sviluppo di stati dissociativi come difesa dall'angoscia post-traumatica. Paradossalmente, la dissociazione implica una compensazione: la vittima sacrifica il funzionamento integrato per diminuire l'ansia e la sofferenza associate alla piena consapevolezza.

Ci sono tre comportamenti dissociativi molto comuni tra le vittime di abuso:

•*estraneazione*: è probabilmente il più comune e il più semplice, implica una separazione cognitiva dell'individuo dall'ambiente al momento del trauma. Consiste nel ritiro in uno stato di neutralità affettiva e cognitiva, dove i pensieri e la consapevolezza degli eventi sono messi in disparte.

•*distacco/paralisi*: ci si riferisce a quegli stati in cui la persona diminuisce l'intensità delle sensazioni negative associate a pensieri, ricordi o eventi che stanno accadendo, così da potersi dedicare alle attività necessarie senza essere distratto o immobilizzato dall'angoscia.

•*auto-osservazione*: si verifica quando le persone abusate fanno l'esperienza di vedere se stessi dal di fuori negli eventi in cui sono direttamente coinvolti. Nella forma cronica si presenta come una tendenza a evitare di sentirsi direttamente coinvolti in eventi stressanti o traumatici.

Un'ultima modalità di evitamento dell'angoscia connessa al trauma è *l'amnesia*. Per raggiungere questo scopo il soggetto esclude l'evento, e le sensazioni ad esso connesse, dalla sua consapevolezza (Briere, 1992).

3.5 Il disturbo post traumatico da stress complesso

Già nel suo testo del 1992, Judith Herman aveva fatto presente la preoccupazione, ampiamente giustificata, che le multiformi manifestazioni psicopatologiche conseguenti all'abuso sessuale subito nell'infanzia venissero inserite in categorie diagnostiche e descrittive troppo parcellizzate e quindi inefficaci ai fini clinici per programmare un adeguato e complessivo intervento riparativo. L'autrice, anche sulla scorta di una revisione bibliografica della diffusa insoddisfazione a riguardo delle diagnosi fino ad allora effettuate per i soggetti reduci da vittimizzazioni gravi, insiste per la necessità di una nuova concettualizzazione delle conseguenze dei *traumi* non circoscritti (come quelli per cui si è definita la PTSD) ma *ripetuti e prolungati, capaci perciò di provocare profonde deformazioni della personalità e grande vulnerabilità alla ripetizione di eventi simili*. Propone quindi la definizione di "disturbo post-traumatico da stress complesso" per indicare il limite estremo di gravità di una vasta gamma di esiti, che vanno da quello fuggevole e non bisognoso di cura a quello derivante appunto da eventi traumatici ripetuti e prolungati. Nonostante tale definizione sia stata da anni proposta all'attenzione dell'American Psychiatric Association per l'inserimento nel DSM, non risulta che il suggerimento sia stato finora accolto. Tuttavia, ***per la precisione e la completezza del quadro diagnostico che disegna e quindi per il prezioso contributo che fornisce a riguardo della comprensione dei soggetti vittime di abusi sessuali nell'infanzia***, si ritiene utile riportare nel dettaglio la descrizione data dall'autrice del ***Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso***, che si articola sui seguenti *criteri*:

1. Una storia di sottomissione a controllo totalitario per periodi prolungati (mesi o anni). Esempi includono: ostaggi, prigionieri di guerra, sopravvissuti a campi di concentramento e sopravvissuti di alcune sette religiose. Altri esempi includono coloro che sono soggetti a sistemi totalitari nella vita sessuale e domestica, inclusi i sopravvissuti alla violenza domestica, all'abuso sessuale o fisico subito nell'infanzia e allo sfruttamento sessuale organizzato.
2. Alterazione nella regolazione degli affetti, inclusi

- stato disforico continuo
 - preoccupazione suicidaria cronica
 - autolesionismo
 - rabbia esplosiva o eccessivamente inibita (possono alternarsi)
 - sessualità compulsiva o eccessivamente inibita (possono alternarsi)
3. Alterazioni dello stato di coscienza, inclusi
- amnesia o ricordi intrusivi degli eventi traumatici
 - episodi dissociativi transitori
 - depersonalizzazione/derealizzazione
 - rivivere esperienze, sia sotto forma di sintomi intrusivi da disturbo post-traumatico da stress sia sotto forma di ruminazione cognitiva e preoccupazione continua
4. Alterazioni nella percezione del Sè, inclusi
- senso d'impotenza o paralisi dell'iniziativa
 - vergogna, colpa e auto-denigrazione
 - senso di contaminazione o di stigmatizzazione
 - sensazione di essere completamente diversi dagli altri (può includere sentirsi speciali, estrema solitudine, credenza che nessuno possa comprenderci, o senso d'identità non umana)
5. Alterazioni nella percezione dell'abusante, inclusi
- preoccupazioni nella relazione con l'abusante (inclusi i pensieri di vendetta)
 - attribuzione irrealistica di potere assoluto all'abusante (attenzione: il giudizio di realtà sul potere dell'abusante da parte della vittima può essere più realistico di quello che ha il clinico)
 - idealizzazione o gratitudine paradossale
 - convinzione di intrattenere con l'abusante una relazione speciale o soprannaturale
 - accettazione del sistema di credenze o delle razionalizzazioni dell'abusante
6. Alterazioni nei rapporti con gli altri, inclusi
- isolamento e ritiro
 - frantumazione delle relazioni intime
 - ricerca continua di un salvatore (può alternarsi con l'isolamento e il ritiro)
 - fallimenti ripetuti nella capacità di autoprotettersi
7. Alterazioni nel sistema dei significati, inclusi
- perdita di un senso di fiducia durevole
 - senso d'impotenza e di disperazione

L'adozione di questo modello di comprensione e descrizione delle conseguenze psicopatologiche dei traumi gravi e continuativi permette, secondo la Herman, di evitare il pericoloso balletto dell'attribuzione di un'etichetta psichiatrica "altra" a questa complessa sindrome. L'autrice analizza le *tre principali sindromi attribuite alle vittime di trauma, e cioè il disturbo psicosomatico, il disturbo di personalità borderline e il disturbo di personalità multipla*, rilevando l'impossibilità di arrivare in questi casi a precise definizioni diagnostiche, rimanendo i quadri sintomatologici per molti aspetti embricati trasversalmente alle tre sindromi. Il maggior rischio di una diagnosi psichiatrica non corretta e specifica come disturbo post-traumatico complesso è il ritardo nel ritrovare la connessione

tra sofferenza psichica e quadro originante degli eventi, chiave per il processo riparativo. Infatti, ***il riconoscimento del trauma è centrale nel percorso terapeutico***. Quando i pazienti approdano a questa consapevolezza, non hanno più bisogno di attribuire i loro problemi a un difetto interiore del proprio sè. In questo modo si apre la via alla creazione di nuovi significati dell'esperienza e a una nuova identità non più stigmatizzata. Questa comprensione fornisce le basi per *un'alleanza terapeutica di cooperazione* che normalizzi e validi le reazioni emotive dei sopravvissuti agli eventi passati e che permetta quindi di riconoscere che tali reazioni potrebbero essere maladattive nel presente, contrastando anche i rischi di rivittimizzazione.

3.6 Fattori di gravità

A fronte dell'imponente e inquietante panorama delle conseguenze dannose di un abuso sessuale subito nell'infanzia sta la constatazione della non generalizzabilità di esse. ***Pur essendo quindi fuori questione il potenziale distruttivo di tale esperienza è necessario interrogarsi sui fattori di gravità e sui possibili fattori protettivi che possono contrastare tale potenziale***. Ciò è tanto più interessante se ne potremo trarre indicazioni di intervento per attuare una prevenzione secondaria degli esiti post-traumatici.

E' ormai accertato che alcuni fattori contribuiscono ad aggravare il trauma e a rendere maggiormente vulnerabile il bambino. Essi possono essere distinti in *fattori intrinseci* all'abuso e *fattori che intervengono dopo la scoperta* dell'abuso. Mentre questi ultimi saranno affrontati nel prossimo paragrafo, delinando le necessità a cui deve adeguarsi l'intervento di protezione e di cura, si possono di seguito analizzare quelli connessi con le caratteristiche dell'abuso e dei suoi protagonisti.

Con la precisazione che i diversi studi non hanno ancora raggiunto una conclusione univoca, Briere (1992) propone una revisione di alcuni di essi che illustrano le *variabili intrinseche all'abuso* che contribuiscono a rendere più grave il trauma (riprese anche successivamente da vari autori): maggior frequenza e durata (Elliott e Briere, 1992; dato confermato più recentemente anche da Steel et al., 1996 e Ruggiero et al., 2000); presenza di diversi abusanti (per es., Peters, 1988); abuso con penetrazione o rapporto sessuale (per es., Finkelhor et al., 1989; Beitchman et al., 1991; Mennen e Meadow, 1995); rapporto sessuale ottenuto con la forza (Fromuth, 1986; Mennen e Meadow, 1995); abuso verso un bambino molto piccolo (per es., Zyvney et al, 1988); molestie da parte di una persona di età molto maggiore della vittima (per es., Finkelhor, 1979); associazione con l'abuso fisico (per es., Briere e Runz, 1989); presenza di molte caratteristiche bizzarre dell'abuso (per es., Briere, 1988); assunzione di responsabilità da parte della vittima (per es., Wyatt e Newcomb, 1991); percezione, da parte della stessa, di un sentimento di impotenza, di tradimento, e/o di essere stata disonorata (per es., Henschel et al, 1990). A loro volta, il senso di infamia e l'auto-colpevolizzazione risultano influenzati particolarmente dal livello di gravità dell'atto sessuale a cui il bambino è stato sottoposto (Coffey et al., 1996). Appare opportuno sottolineare anche i risultati di uno studio di Steel et al. (1996), dai quali emerge che uno dei fattori di gravità dell'abuso sessuale nell'infanzia è l'identificazione del perpetratore in una persona familiare alla vittima. Una analoga rassegna bibliografica di Ruggiero et al. (2000), completata da un autonomo disegno sperimentale, ricalca, ad anni di distanza, quanto

sopra: ciò porta a pensare che pochi dubbi ancora esistano circa la correlazione tra tali fattori e la severità delle sequele psicologiche dell'abuso.

Altre ricerche hanno messo in luce in particolare *la correlazione tra singoli fattori di gravità dell'abuso sessuale e determinate conseguenze che si presentano nel bambino*. Da una ricerca di Silk et al. (1995) si rileva che, tra i diversi elementi considerati nello studio che possono rendere più gravi gli effetti dell'abuso (la lunga durata, il tipo di atto implicato, il legame di parentela con il perpetratore), *il protrarsi nel tempo* sembra essere un fattore forte nella determinazione di alcuni specifici aspetti dei comportamenti interpersonali e del funzionamento psicologico che portano a strutturare un disturbo di personalità borderline. Anche Herman (1992) sostiene che quest'ultima psicopatologia risulta, nei suoi studi, molto frequentemente correlata ad abusi sessuali infantili prolungati e a inizio precoce. L'aspettativa che il mondo sia un luogo vuoto e ostile potrebbe avere parte delle sue radici nella ripetizione dell'esperienza di vittimizzazione.

Barudy (1997), che ha affrontato il tema dell'abuso sessuale attraverso un approccio ecosistemico, descrive le progressive deformazioni subite dalla personalità del bambino, se sottoposto ad abuso prolungato: l'autore distingue tre fasi. Appena l'abuso inizia, gli effetti sono a breve termine e sono francamente traumatici, in quanto i comportamenti dell'adulto, situandosi al di fuori del quadro esperienziale abituale del piccolo, ne alterano le percezioni e le emozioni, creando in lui una distorsione dell'immagine di sé, della sua visione del mondo e delle sue capacità affettive. In questa prima fase, secondo Barudy, il bambino, malgrado un livello consistente di sofferenza, riesce a mantenere una certa distanza rispetto all'abusante: egli ha ancora il sentimento di essere una vittima, anche se il contesto non gli consente di rivelare quello che sta accadendo. In una seconda fase, che l'autore chiama di "alienazione sacrificale", la vittima, sotto costrizione, accetta la sua situazione come la sola possibile; in un estremo tentativo di adattamento perde la distanza dall'abusante, non si riconosce più come vittima, si considera "sporca" e "malvagia", sola responsabile della situazione: la distorsione è avvenuta, il processo di "vampirizzazione", come lo chiama Barudy, è compiuto. Le conseguenze a lungo termine (terza fase), caratterizzate dall'irruzione dell'angoscia, sono principalmente connesse ai meccanismi di evitamento o all'intrusione del ricordo traumatico o ancora alla sessualizzazione traumatica.

McClellan et al. (1996) hanno riscontrato, in una ricerca riguardante un campione di 449 soggetti, che i bambini vittime di abuso sessuale a un'età compresa tra gli 0 e i 3 anni presentano un'elevata percentuale di comportamenti ipersessualizzati, esibizionistici, e di vittimizzazione sessuale. *L'età in cui è iniziato l'abuso* sembra correlata anche al futuro abuso di alcool: dalla ricerca di Spack et al. (1998) emerge che l'abuso subito prima dei tredici anni risulta essere un predittore della dipendenza e dell'abuso di alcolici.

Sempre in relazione al fattore età va notato che poiché le abilità del bambino di comprendere le proprie esperienze, sia sul piano intrapsichico sia interpersonale, cambiano fortemente *nel corso dello sviluppo* dall'infanzia all'adolescenza, ci si può attendere che gli effetti dell'abuso sessuale varino in modo considerevole nel tempo, sebbene gli studi non abbiano raggiunto risultati concordi. Gruyer et al. (1991) pongono al primo posto tra i fattori che aggravano il trauma sessuale la tenera età della vittima: nel bambino più piccolo l'abuso produce distorsioni patologiche in una fase evolutiva cruciale

per la costruzione della personalità. Anche i modelli di attribuzione di significato all'esperienza traumatica sono influenzati dalla crescita, divenendo maggiormente differenziati nel corso dello sviluppo. I bambini più piccoli sono maggiormente a rischio di attribuire a sé in modo massivo ogni responsabilità, modello che può portare a un incremento della vergogna e, di conseguenza, a un minore adattamento.

Per quanto riguarda il *genere sessuale* di appartenenza della vittima, esso sembra correlato alla vittimizzazione e alle sue conseguenze attraverso le stesse dinamiche sopra descritte. L'abuso sessuale nei confronti delle femmine ha più probabilità di essere denunciato e quindi di suscitare pubblica attenzione con conseguente maggiore vergogna; le ragazze inoltre mostrano un aumento dello stesso sentimento nelle situazioni in cui percepiscono di aver infranto le regole (per es., nell'incesto) o di non essere state all'altezza delle aspettative. Perciò sembrano essere più a rischio di attribuire a sé ogni responsabilità, con esiti negativi sull'adattamento (Feiring et al., 1996).

D'altro canto uno studio di Kempe e Kempe (1984) ribalta il quadro, arrivando ad affermare che nei maschi si riscontrano esiti post-traumatici più gravi che nelle femmine. Molti ragazzi subiscono un danno emotivo così pesante che la crescita può risultare bloccata, o può svilupparsi una psicosi o possono essere prodotti molti altri sintomi non specifici, tra cui il più frequente è l'angoscia emotiva con tendenza a interiorizzare la colpa e a non cercare aiuto e protezione.

Circa le differenze nella gravità degli esiti nei due sessi sarebbero tuttavia desiderabili altri studi, perché quelli attualmente disponibili offrono dati troppo scarsi (Bolton et al., 1989).

Se vengono tenute costanti le variabili come l'età e il sesso, i sintomi di PTSD risultano correlati con *la natura* dell'abuso sessuale, come viene rilevato in un lavoro di Wolfe, Sas e Wekerle (1994), per quanto riguarda il coesistere di violenza o dell'uso della forza. Bagley e Young (1998) hanno constatato che in donne abusate nell'infanzia la capacità di giovare di trattamenti di gruppo per guarire da depressione e pensieri suicidari è molto ridotta se l'abuso sessuale è stato associato a una componente di maltrattamento fisico e/o emotivo. Anche Herman (1992) rileva che la più grave sindrome psicopatologica conseguente all'abuso infantile, il disturbo di personalità multipla, è l'esito di storie terrificanti in cui il sadismo estremo e la violenza omicida erano la regola più che l'eccezione. Anche il ricorso da parte dell'abusante a *misure coercitive affinché la vittima mantenga il silenzio* è un fattore determinante per lo sviluppo di disturbi d'ansia e dell'umore (Ackerman et al., 1998).

La *relazione abusante-vittima* si profila difficile da indagare rispetto alle conseguenze patologiche. Ciò è dovuto principalmente al fatto che altre caratteristiche intrinseche dell'abuso sono inestricabilmente connesse alla variazione di tale relazione: per esempio, è abituale che un abuso da parte di una figura paterna comporti maggiore durata e frequenza che un abuso da parte di estranei o soggetti a cui la vittima sia meno strettamente legata; o ancora, che l'uso della forza sia più frequente nella vittimizzazione extrafamiliare rispetto a quella intrafamiliare. Risulta quindi poco agevole isolare l'aspetto qualitativo del rapporto tra il bambino e il perpetratore per ricercare la correlazione con gli esiti post-traumatici (Ruggiero et al., 2000).

4. PROTEZIONE E CURA

Anche se è probabile che ogni forma di abuso sessuale incrementi il rischio di sviluppare successivamente problemi di salute mentale, l'abuso sessuale non è un'esperienza che porta in modo semplice e diretto allo sviluppo di alcuni sintomi o di una sindrome, e *solo una modesta parte della variabilità delle conseguenze sembrerebbe attribuibile alle caratteristiche proprie dell'episodio di abuso* (frequenza, durata, intensità, ecc.). Tali caratteristiche inoltre hanno una limitata utilità clinica come predittori delle conseguenze perché sono per definizione statiche e non possono essere sottoposte al cambiamento e all'intervento. ***Recentemente è aumentato invece l'interesse verso le variabili cognitive e comportamentali, come la valutazione, l'attribuzione di significato, o le strategie per affrontare la situazione (strategie di coping), che si presume abbiano un ruolo di mediatori tra le caratteristiche dell'esperienza traumatica e le conseguenze a livello comportamentale e psicologico, e che sono modificabili attraverso l'intervento successivo alla scoperta dell'abuso.***

Secondo Grauerholz (2000) tale interesse non è che l'esordio dell'esigenza di tenere conto di molti più fattori interconnessi che possono mediare gli esiti del trauma sessuale e quindi dare spunto a programmi di trattamento. Come già in precedenza citato a proposito della possibilità di rivittimizzazione in età adulta, l'autrice fa riferimento alla *prospettiva ecologica* di Belsky (1980), che riconosce la ragione degli esiti dell'esperienza traumatica infantile nella connessione a cerchi concentrici di fattori individuali e di storia personale (*sviluppo ontogenico*), di fattori inerenti il sistema familiare e delle relazioni più strette (*microsistema*), di componenti relative al sistema sociale più ampio (*esosistema*), e di componenti originanti dalle norme culturali e istituzionali (*macrosistema*) (per una trattazione ampia di queste tematiche applicata a tutte le forme di abuso all'infanzia, si veda Di Blasio, 2000).

Tuttavia l'utilizzo pieno di questa prospettiva complessa è ancora scarso, mentre prevalgono, come critica Grauerholz (op. cit.), analisi parziali e che soprattutto fanno ancora troppo e ingiustamente perno sulle risorse innanzitutto della vittima nella determinazione dell'esito più o meno negativo dopo l'abuso. ***Pur condividendo l'auspicio che sempre più la ricerca si orienti all'adozione di un modello eziopatogenetico complesso, che, come è ovvio, può fornire comprensione più adeguata delle dinamiche in gioco nell'abuso infantile ma anche maggiori punti d'attacco per il trattamento,*** è utile fare una *ricognizione dell'attuale stato delle conoscenze* e degli interessi in materia di fattori che possono mediare l'esito della vittimizzazione sessuale infantile.

4.1 Modalità per far fronte all'accaduto (coping)

Una ricerca di Spaccarelli (cfr. Chaffin, cit.), attraverso una revisione della letteratura riguardante la capacità di affrontare la situazione (coping) dei bambini vittime di abuso sessuale, ha messo in luce l'importanza di esaminare i processi bi-direzionali o transazionali tra le variabili proprie dell'abuso (gravità, durata, ecc.) e connesse all'abuso (reazioni all'abuso delle altre persone appartenenti al sistema sociale del bambino) da un lato, e le strategie per affrontare la situazione (coping) e le conseguenze delle violenze dall'altro. *Poiché il coping, per definizione, è una modalità scelta in*

modo cosciente per affrontare un evento stressante, di conseguenza la sua modificazione può essere un obiettivo rilevante nella terapia (Chaffin, 1997).

Le modalità con cui il soggetto giunge a considerare la sua esperienza di vittimizzazione in termini di responsabilità personale o di minaccia percepita fondano il pensiero che lega il trauma alle reazioni tipiche del PTSD. Poiché l'abuso sessuale rappresenta un evento stressante che suscita reazioni di attribuzione e di valutazione da parte del bambino, si presume che *la sua interpretazione degli eventi traumatici influenzi le reazioni messe in atto per affrontare la situazione* (reazioni di coping). L'abuso influisce anche sullo sviluppo di un orientamento al successo, così come sulla percezione del grado di controllo delle proprie azioni. Poiché questi bambini sono spesso maltrattati nel contesto della loro vita quotidiana e da persone che loro conoscono e di cui si fidano, essi sono particolarmente vulnerabili alla formazione di opinioni auto-accusatorie e di sensi di colpa (Wolfe, Sas e Wekerle, 1994).

Una ricerca (Leintenbergh et al., 1992) in cui è stato utilizzato un campione di soggetti adulti sessualmente abusati nell'infanzia, ha rilevato che alcune strategie messe in atto per affrontare la situazione, come il diniego, la soppressione delle emozioni e l'evitamento, sebbene siano indicate dalle vittime come utili, sono di fatto associate a molti sintomi psicologici. Questi risultati e quelli di altri studi (Long e Jackson, 1993; Johnson e Kelkel, 1991) sono coerenti con le prospettive di intervento comunemente approvate, che sostengono *l'importanza di affrontare l'abuso e di parlarne nel corso della terapia* e che sia rischioso rifugiarsi in una strategia interiorizzata, isolata, passiva ed evitante per gestire la situazione (Chaffin, cit.).

*Alcuni autori hanno cercato di connettere in modo più articolato e complesso in **modelli** le interazioni tra caratteristiche dell'abuso, delle vittime e del loro ambiente, **chiarendo come le modalità di percezione cognitiva e di fronteggiare la situazione possano far predire gli effetti dannosi successivi.***

Già nel 1985 Finkelhor e Browne avevano proposto un modello denominato "Traumagenic Dynamics Model of Child Sexual Abuse", in cui ipotizzavano che l'impatto dell'abuso potesse essere spiegato attraverso quattro *dinamiche traumageniche*: la stigmatizzazione (le connotazioni negative che vengono comunicate al bambino e che vengono incorporate nella sua auto-immagine); il tradimento (il bambino scopre che una persona da cui dipende in modo vitale gli fa del male); l'impotenza (la volontà, i desideri, e il senso di efficacia del bambino sono continuamente mortificati); e infine la sessualizzazione traumatica (la sessualità del bambino ha una forma non appropriata al grado di sviluppo, e disfunzionale nei rapporti interpersonali). I due autori suggerivano che queste dinamiche dessero forma al modo in cui i bambini interagiscono con il mondo, fornendo una spiegazione per i problemi psicologici e interpersonali caratteristici delle piccole vittime di abuso sessuale.

Friedrich (1990) complessifica la ricerca affermando che esistono quattro tipi di *fattori che influenzano la capacità di coping*: il funzionamento pre-abuso (per es., i fattori di rischio), la natura del trauma, la risposta iniziale (individuale e familiare), le reazioni a distanza di tempo.

Nello sforzo di incorporare i fattori di gravità e quelli protettivi in una singola teoria, Spaccarelli (1994) ha proposto un *modello transazionale* che concettualizza l'abuso sessuale come un insieme di eventi stressanti collegati tra loro, e vede la valutazione cognitiva da parte della vittima e le sue

risposte per far fronte alla situazione come fattori di rischio o di protezione che mediano gli effetti sulla salute mentale dell'abuso e degli elementi traumatici correlati. In questo modello i fattori ambientali (per es., il supporto familiare) e quelli legati allo sviluppo (per es., l'età della vittima e le sue abilità cognitive) possono anche influenzare le risposte della vittima o la relazione di queste ultime con gli elementi stressanti. Il modello di Spaccarelli prevede che i sintomi conseguenti all'abuso si manifestino con più probabilità nei casi in cui gli eventi traumatici siano stati quantitativamente maggiori, e che l'alto livello di stress influenzi circolarmente i sintomi, incrementando la probabilità che la vittima utilizzi strategie disadattive per affrontare la situazione, e percepisca l'abuso come un fattore di distruzione della propria immagine positiva, del senso di sicurezza e della fiducia negli altri.

Come controprova, in uno studio di Spaccarelli e Kim (1995), la capacità di recupero delle vittime di abuso sessuale risulta associata con alcuni dei fattori di protezione citati in precedenza: un abuso meno grave, una relazione affettuosa e supportiva con il genitore non abusante o con una figura genitoriale, una valutazione meno negativa dell'abuso subito, e l'uso di una strategia attiva per affrontare la situazione (coping).

Da uno studio di Chaffin et al. (cit.) emerge che le *strategie di coping* messe in atto da bambini di età compresa tra i 7 e i 12 anni che hanno subito un abuso sessuale sono di quattro tipi diversi: evitante, interiorizzato, "arrabbiato" e attivo/sociale. Dalla ricerca è risultato che ognuna di queste strategie è associata a un insieme coerente di caratteristiche dell'abuso e caratteristiche ambientali ad esso connesse, così come a un insieme coerente di sintomi comportamentali. I dati della ricerca mostrano che *la strategia di coping evitante* è la sola a correlarsi con pochi sintomi comportamentali immediati. Tuttavia, si ritiene che l'evitamento produca benefici a breve termine, ma che causi problemi a lungo termine. Questa strategia può tamponare le iniziali risposte di stress (rinforzando in questo modo il ricorso a questa modalità di reazione), solo per *precludere quei processi cognitivi ritenuti necessari per una risoluzione a lungo termine del trauma*. In questi soggetti si riscontrano un atteggiamento negativo e molte ansie relative alla sessualità; le preoccupazioni sessuali rappresentano un sintomo relativamente più resistente degli altri ai cambiamenti nel tempo e nella terapia. È interessante notare che questa strategia risulta associata con il fatto di aver ricevuto un forte supporto sociale; le ragioni di questo dato non sono chiare: potrebbe essere che questi bambini abbiano ricevuto anche un forte incoraggiamento a dimenticare quello che era successo. Fivush (1998) attesta che gli individui traumatizzati spesso sottolineano che sono molto scoraggiati dagli altri a discutere le loro esperienze; l'autore cita anche Shay (1996), che riferisce l'esperienza dei reduci dal Vietnam, messi a tacere dai congiunti che non avevano la forza di ascoltare i loro tremendi racconti. Forse ciò è sostenuto anche dalla *credenza che, non parlando del trauma, sia più facile dimenticarlo, e quindi superarlo, anche se tutto dimostra l'esatto contrario*.

I dati che riguardano *la strategia di coping "interiorizzato"* rinforzano la nozione clinica che la rassegnazione, l'auto-rimprovero, e l'isolamento possano essere i precursori di conseguenze negative. I risultati sottolineano l'importanza dell'ambiente sociale del bambino nell'uso di questa modalità: infatti, è messa in atto frequentemente da quei soggetti che ricevono una reazione molto negativa da

parte delle persone che stanno loro vicino, e questo porta allo sviluppo di un senso di colpa più forte. Infine, questo stile di coping è associato con i punteggi più bassi di quoziente intellettivo.

La terza strategia di coping, denominata “*arrabbiata*”, è caratterizzata da un atteggiamento accusatorio verso gli altri e da scoppi di rabbia, ed è quella maggiormente associata a sintomi comportamentali. Ciò deve far riflettere: gli interventi che spingono il bambino a esprimere in modo simbolico o diretto la sua rabbia verso l’abusante devono essere considerati con cautela, poiché possono implicare il rischio iatrogeno di indurre problemi comportamentali generalizzati che causano profondo disagio nell’ambiente sociale della vittima.

Infine rimane da esaminare *la strategia di coping che è da molti considerata la più utile, il coping attivo/sociale*, l’unico non correlato a sintomi comportamentali collegabili all’abuso. Tuttavia, i risultati mostrano che questa modalità non è associata a nessun beneficio, contrariamente a quanto ci si sarebbe aspettato. *Questo suggerisce che, mentre questo tipo di coping va incoraggiato, non ci si deve aspettare necessariamente un miglioramento immediato della condizione sintomatologica dei bambini semplicemente perché cercano supporto sociale o usano una strategia cognitiva per la risoluzione dei problemi.* Inoltre, questo tipo di coping risulta associato al fatto di aver subito comportamenti sessuali meno gravi durante l’abuso, e ciò fa ipotizzare che solo in questi casi i piccoli siano in grado di adottare modi appropriati di risoluzione dei problemi, di cercare supporto sociale e di parlare del loro abuso.

Un altro modello utile per la comprensione dell’adattamento in seguito a un abuso sessuale viene proposto da Feiring et al. (1996) e denominato *modello della stigmatizzazione*. Le premesse centrali degli autori sono che l’abuso sessuale genera nella vittima una *profonda sensazione di vergogna* di se stessa, e che questo sentimento, piuttosto che il senso di colpa, sia l’emozione principale che causa la stigmatizzazione, che genera a sua volta problemi comportamentali, depressione, dissociazione. L’attribuzione di responsabilità riguardo all’abuso operata dal bambino viene ritenuta l’elemento mediatore tra l’abuso stesso e le conseguenti sensazioni di vergogna. Gli autori sostengono che la vergogna influenzi negativamente l’adattamento, quanto più essa deriva da uno stile attribuzionale interiorizzato, stabile e globale. Sebbene l’ipotesi centrale di questo modello rimane che le conseguenze dell’abuso sessuale siano mediate dal pensiero del bambino riguardo all’evento, si contempla anche la possibilità che alcune caratteristiche dell’abuso influenzino la vergogna e l’adattamento in modo diretto, come quando accade che l’abusante incolpi la vittima e se l’abusante è un genitore (in particolare il padre biologico, poiché ciò rappresenta la violazione di un tabù sociale molto forte e pervasivo, e un tradimento da parte di una persona fidata). Inoltre la vergogna può essere accresciuta dalla gravità dell’abuso, dal fatto che il bambino svolga un ruolo attivo, dall’accettazione di una corruzione.

4.2 Possibilità di rivelare

La tematica della *rivelazione* merita una trattazione approfondita, in quanto si situa al centro di numerosi e accesi dibattiti (per una più distesa trattazione, si veda il capitolo II/4). La comprensione

del processo di rivelazione può facilitare l'intervento e contribuire a mitigare le conseguenze negative ad esso associate (Nagel et al, 1997).

L'aumento di consapevolezza da parte della società della diffusione dell'abuso sessuale ha portato allo sviluppo di programmi di prevenzione che incoraggiano i bambini a raccontare se hanno subito qualche forma di abuso. Sebbene non sia ancora chiara la vera efficacia di questi programmi, si ritiene che la rivelazione sia un evento positivo. Nel passato, è stato presunto e dimostrato empiricamente che alcuni bambini non rivelavano l'abuso subito fino all'età adulta, e possibilmente nemmeno allora. Il fatto che oggi ci sia un clima culturale progressivamente più favorevole all'ascolto dei bambini ha permesso di studiare gli effetti della rivelazione e cominciare a comprenderli.

In generale, si è riscontrato che ***parlare di un evento traumatico diminuisce l'angoscia, aumenta il supporto, e diminuisce i sintomi fisici associati a quel fatto***. Quando la rivelazione avviene, si rileva una minore presenza di particolari manifestazioni del PTSD, come l'evitamento e l'intrusione; è del resto logico che, all'inverso, l'assenza della rivelazione rappresenti un segnale dell'esistenza di un modello di evitamento. Tale difesa è non di rado scelta dai bambini come efficace strategia per affrontare la situazione; purtroppo ne consegue che il malessere che si manifesta nell'infanzia ha meno possibilità di essere elaborato e quindi ha più probabilità di perdurare nel tempo (Arata, 1998). Uno studio di Wyatt e Newcomb (1990, cit. in Arata, 1998) ha paragonato le donne che avevano rivelato l'abuso a quelle che non lo avevano fatto: le prime mostravano meno conseguenze post-traumatiche.

A conferma dell'effetto positivo del tradurre in parole l'esperienza traumatica, stanno studi (in particolare Pennebaker, 1985; in Arata, 1998) che mettono in evidenza che il fatto di non parlare di un'esperienza di questo tipo è associato a un incremento della attività fisiologica neuronale e, nel corso del tempo, a un aumento del rischio di sviluppare un disturbo fisico. Il fatto poi che la mancanza della narrazione dell'abuso risulti anche associata a un aumento dei sintomi intrusivi suggerisce che questa strategia in realtà non ha una buona efficacia nel preservare dall'angoscia psicologica. Inoltre, l'esperienza clinica mostra che i bambini riferiscono *sensi di colpa anche per non aver raccontato l'abuso*: così il non essere riuscito a rivelare può incrementare a sua volta l'utilizzo dell'evitamento come una strategia per far fronte alla percezione di fallimento.

In un recente interessante dibattito (2000, originato dalla pubblicazione nello stesso anno di un lavoro di Van Gijseghem) la maggior parte degli studiosi intervenuti ha convenuto sulla importanza fondamentale della rivelazione esplicitata dalla vittima, sia per interrompere l'abuso, condizione essenziale alla riparazione e alla cura, sia per consentire al bambino di elaborare il trauma subito. Una parte degli autori tuttavia condivide con Van Gijseghem l'opinione che continuare a 'parlare' dell'abuso anche *dopo averlo rivelato* possa costituire per il piccolo un prolungamento del trauma e impedirgli di rimuovere l'esperienza subita. Hayez (ibidem) ritiene al contrario che anche dopo le prime rivelazioni sia importante per il bambino dare voce alle sue paure e ai pensieri traumatici, rievocando gli eventi così da poterli significare ed elaborare. Solamente all'esito di un lavoro di ristrutturazione terapeutica basata proprio sulla parola, quando le ferite sono cicatrizzate, è possibile 'voltare pagina' e accettare il silenzio e la rimozione del trauma; in caso contrario la vittima è destinata a ritorni episodici del rimosso attraverso sintomi patologici. Sulla stessa linea si pone Haesevoets

(ibidem), per cui il vero trauma che marca per sempre il bambino vittima di abuso sessuale è l'impossibilità di verbalizzare il proprio vissuto, i sentimenti e le emozioni connesse, ed è quindi a questo che deve volgersi l'intervento terapeutico.

Ci si domanda se ci può essere un *beneficio terapeutico intrinseco alla rivelazione*, senza considerare il fatto che venga attuato un intervento successivo. Pennebaker e il gruppo che a lui fa capo hanno approfondito proprio questo tema (Pennebaker, 1999; in Di Blasio, 2001). Hanno indotto sperimentalmente giovani adulti a mettere per iscritto per 4 giorni le esperienze traumatiche eventualmente subite nell'infanzia: rispetto al gruppo di controllo, che non aveva effettuato questo esercizio, si sono riscontrati benefici effetti sulla salute dei soggetti, misurata attraverso i marker ematici delle funzioni immunitarie, con conseguente maggior resistenza alle malattie. Lo scritto richiesto, si badi bene, doveva avere la forma di una narrazione, cioè di un'organico ripercorrere la propria vicenda cercando di dare ad essa ordine e significato coerente (Damasio, 2000; in Di Blasio, 2001). Riuscire in questo compito permette di risparmiare in seguito una grande quantità di energie psichiche, che possono essere liberate per altri importanti passaggi, primo tra tutti l'accesso a possibilità di cambiamento. Infatti sempre Pennebaker (1985, cit. in Arata, 1998) attesta che se l'abuso è rivelato nell'infanzia, una serie di conseguenze proficue ne possono risultare facilitate: gli effetti negativi che derivano dal mantenimento del segreto possono essere prevenuti; inoltre possono cambiare i comportamenti, i pensieri, e i sentimenti riguardanti l'abuso. I bambini che rivelano hanno maggiori opportunità di apprendere che quanto è accaduto non è una loro colpa e, attraverso un intervento di cura, possono evitare che le conseguenze deformanti dell'abuso vengano incorporate nella loro struttura di personalità. Un ulteriore beneficio è la riduzione della rivittimizzazione: si ipotizza che il racconto di quanto accaduto possa insegnare ai bambini alcune strategie per evitare altri abusi nel futuro, attraverso l'opportunità di esperienze emozionali correttive che possono diminuire anche il rischio della trasmissione generazionale dell'abuso (Green, 1998).

Tuttavia l'ipotesi che la rivelazione sia associata a un miglioramento immediato e incondizionato del funzionamento psicologico deve trovare una considerazione articolata.

Secondo Arata (1998), i bambini che hanno svelato l'abuso sono *molto più sintomatici* rispetto a quelli per i quali l'abuso è sospettato, ma che non hanno fatto dichiarazioni, anche se è stato notato che la sintomatizzazione subisce un decremento nei mesi successivi alla rivelazione. Dalla ricerca di Pennebaker (1999; in Di Blasio, 2001) è emerso che gli stessi soggetti che dimostravano beneficio per l'esercizio di scrittura, nelle prime ore dopo averlo eseguito percepivano emozioni di infelicità e un senso di spossatezza e di stanchezza. Lo stesso autore, citando letteratura precedente, constata che se il trauma è molto recente, metterlo in parole può addirittura leggermente peggiorare lo stato di salute. Raccogliendo tutti questi spunti, Di Blasio (2001) arriva a concludere che l'effetto della rivelazione, generalmente positivo, risente del *momento* in cui avviene: se gli effetti disorganizzanti del trauma sono ancora acuti o comunque attivi in modo importante, la narrazione non riesce a dare sollievo.

Rivestono anche particolare importanza *le circostanze in cui si verifica la rivelazione*, che possono esacerbarne gli effetti. Infatti, i bambini che parlano intenzionalmente delle violenze subite possono sentire una responsabilità più gravosa e ritenersi colpevoli per gli eventi conseguenti alle loro

dichiarazioni. Questi sentimenti possono portare a un'interiorizzazione dell'ansia se tali eventi provocano pesanti cambiamenti.

Secondo alcune ricerche (Sinclair e Gold, 1997; Arata, 1998), *alcune caratteristiche di gravità dell'abuso sono negativamente collegate alla possibilità di rivelare*. Per es., una violenza più grave ha meno probabilità di essere rivelata: le donne che hanno subito un abuso che ha implicato un contatto fisico ne parlano più difficilmente. Inoltre, è stato osservato che la rivelazione diventa meno probabile quando le violenze continuano per più di un anno. Ciò può far ipotizzare che se i bambini non raccontano dopo il contatto iniziale, possono divenire ancor più resistenti a farlo se l'abuso continua. Forse questo decremento della motivazione a rivelare risulta dalla credenza da parte dei bambini che, se non hanno raccontato nulla dopo il primo episodio, saranno incolpati per averlo lasciato continuare, e di conseguenza esitano a rivelare un abuso che dura a lungo. Inoltre, risulta che l'abuso è svelato più frequentemente se il perpetratore non è un parente: questo dato risulta preoccupante perché può implicare che i bambini non parlino degli abusi che si verificano più frequentemente.

Diversi autori hanno anche sottolineato che *uno degli elementi determinanti* che potrebbero condizionare l'evoluzione verso una psicopatologia, o un aggravamento del trauma, *è la modalità con la quale la rivelazione del bambino è accolta*. In particolare alcuni (Browne e Finkelhor, 1986; Waller, 1994; cit. in Everill e Waller, 1995) hanno affermato che le reazioni negative (per es., incolpare o ignorare la vittima, incredulità, o punizione) sono dannose al funzionamento mentale. Jehu, (1988, cit. in Everill e Waller, 1995) ha precisato che il non sentire accolta la rivelazione potrebbe rinforzare l'auto-colpevolizzazione per l'evento specifico. Inoltre, una risposta di questo tipo può portare allo stabilizzarsi di credenze auto-denigratorie più generali, che includono la sensazione di una complessiva mancanza di valore, di inferiorità, e di stigmatizzazione. Everill e Waller (1995) hanno messo in luce che reazioni ambientali sfavorevoli provocano una maggiore disfunzione psicologica, collegata a bassi livelli di controllo interiore, a un forte sentimento di disvalore, e a esperienze di dissociazione. Anche gli studi retrospettivi compiuti su popolazioni di adulti abusati nell'infanzia confermano effetti analoghi: coloro che hanno ricevuto una reazione negativa presentano livelli di psicopatologia più elevati rispetto a coloro che non hanno fatto la rivelazione e a coloro che hanno ricevuto una risposta positiva alle loro dichiarazioni. Proprio tale risposta positiva, viceversa, porta a sviluppare migliori strategie per affrontare la situazione, minori effetti negativi sulle relazioni, un migliore adattamento e una più elevata autostima (Arata, 1998). In particolare, *la reazione della madre* alle dichiarazioni del bambino è risultata spesso un evento significativo, e se è percepita come ostile porta ad un aumento di sintomi. Gruyer et al. (1991) inseriscono tra i fattori di gravità il disconoscimento del trauma da parte della madre, sia come negazione della realtà degli atti subiti dalla vittima sia come negazione dell'impatto traumatico. Fleming et al. (1998), concentrando la loro attenzione su questo punto, hanno rilevato che percepire la madre come fredda e non curante è predittivo di una futura dipendenza dall'alcol. Bagley e Young (1998) hanno rilevato che le donne abusate nell'infanzia che non hanno potuto contare sul supporto materno, ma sono anzi state colpevolizzate, hanno esiti particolarmente insoddisfacenti dopo un trattamento di gruppo per depressione. Il tema verrà ripreso in un prossimo paragrafo.

In conclusione, come rileva Pennebaker (1985, cit. in Arata, 1998), ***la rivelazione potrebbe essere disadattiva a seconda delle condizioni che l'accompagnano e soprattutto della risposta di colui che l'accoglie. Più in generale, si può affermare che si tratti di un'operazione delicata e costosa, con ineguagliabili potenzialità positive, ma rischiosa.***

Ma, se come sempre dobbiamo imparare dai nostri piccoli pazienti, proprio da essi ci viene un'importante monito. Un'interessante ricerca di Berliner e Conte (1995) porta all'attenzione *l'opinione espressa in proposito dai bambini*: vengono infatti riportati i loro commenti *riguardo all'esperienza della rivelazione*. Attraverso un'analisi qualitativa di queste verbalizzazioni, è emersa una conferma di quanto sia difficoltosa la scelta di rivelare l'abuso. I bambini descrivono la loro volontà di raccontare l'accaduto, ma anche la loro paura delle reazioni degli altri. Inoltre hanno chiarito che la loro sofferenza non è terminata con la rivelazione. Nonostante ciò, ***i bambini ritengono unanimemente che questa sia la scelta migliore.*** Inoltre credono che il loro recupero dal punto di vista emozionale e l'interrompersi dell'abuso, sia per loro stessi sia per gli altri, siano possibili solo attraverso la scelta di parlare di quanto accaduto.

4.3 Possibilità di ricordare

La rivelazione dell'abuso subito è strettamente connessa al ricordo dell'evento (vedi anche il capitolo II/4): per questo è importante mettere in evidenza che *le conferme dei benefici della rivelazione non emergono solo dagli studi che si sono occupati di esaminarne direttamente il processo e le caratteristiche, ma anche da alcune ricerche che hanno messo in luce le conseguenze del mancato ricordo di un evento traumatico*. Infatti, tra le persone che riferiscono di aver attraversato un periodo di amnesia post-traumatica si riscontra un numero maggiore di sintomi psicologici (intrusione, dissociazione) e una maggiore angoscia auto-riferita, rispetto alle persone che hanno sempre ricordato; inoltre, le memorie recuperate in età adulta vengono percepite come particolarmente dolorose. Questi dati portano a concludere che *il recupero dei ricordi traumatici prima dimenticati avvenga contestualmente all'aumento dell'angoscia e delle disfunzioni del sé*, anche se questa esacerbazione dei sintomi può attenuarsi nel corso del tempo: l'accesso a tali memorie può infatti provocare un risveglio dei vissuti connessi originariamente con esse. In particolare tre sentimenti sembrano diventare poco controllabili: l'ansia, la depressione e la rabbia. Quando i ricordi riaffiorano dopo un periodo di amnesia si attivano spesso anche sintomi intrusivi: essi corrispondono in pratica ai ricordi stessi che si presentano sotto forma di flashbacks. Difese di evitamento a livello cognitivo, dissociazione e comportamenti "riduttori di tensione" possono essere messi in atto dal soggetto per conservare l'equilibrio psicologico.

Appare tuttavia utile sottolineare che, *nonostante il temporaneo aumento di sintomi, il recupero dei ricordi può essere molto salutare*. Infatti, la ripetuta esposizione a immagini e sensazioni intrusive attraverso flashbacks o frammenti di ricordi può rappresentare un modo per desensibilizzare gradualmente la mente nei confronti di una memoria traumatica che può essere intollerabile se sperimentata nella sua interezza. Una conferma di ciò viene dai bassi livelli di sintomatologia presentati dai soggetti che hanno ricordato l'abuso già da molto tempo: questo può riflettere

l'efficacia psicologica del recupero graduale dell'esperienza traumatica e della possibilità di riviverla (Elliott e Briere, 1995).

Merita qui fare cenno a una tecnica terapeutica delle situazioni post-traumatiche che sta suscitando molto interesse e si connette con il tema che si sta trattando. Ci riferiamo all'*EMDR* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), approccio complesso e ben strutturato integrabile in qualsiasi programma terapeutico per aumentarne l'efficacia (Shapiro, 2000; Solomon, 2001; Roccia, 2001). Questo metodo si basa sulla teoria che, quando avviene un evento traumatico, viene disturbato l'equilibrio eccitatorio/inibitorio a livello del sistema nervoso centrale, necessario per l'elaborazione dell'informazione. Quest'ultima rimane quindi "congelata" nella forma ansiogena iniziale nello stesso modo in cui è stata vissuta: a causa di ciò l'elaborazione non può accadere e continuano i sintomi propri del PTSD. I movimenti oculari ritmici utilizzati, all'interno di una relazione contenitiva e terapeutica, con l'immagine traumatica e con le convinzioni negative (analogamente a quanto avviene nella fase REM del sonno con i sogni, che sono il mezzo fisiologico notturno di elaborazione delle esperienze diurne), modificano la patologia della rete neuronale e permettono l'elaborazione dell'informazione fino a ottenere l'utilizzo costruttivo di essa e l'integrazione in uno schema cognitivo ed emotivo positivo. Non può sfuggire che quanto sopra costituisca una forte conferma del fatto che *la mobilitazione delle memorie post-traumatiche debba essere messa al centro dei percorsi di recupero della salute*; come non può sfuggire la sottolineatura che, per i più vari motivi, tale mobilitazione incontra, con le risorse naturali dei pazienti, ostacoli così gravi da dover ricorrere a interventi specifici per facilitarla.

Diverse ricerche sottolineano, infatti, che *il ricordo dell'abuso è ostacolato, e maggiormente se si verificano particolari condizioni*: un abuso molto grave (Elliott e Briere, 1995; Herman e Schatzow, 1987; Briere e Conte, 1993), episodi di forte violenza, e una minore età al momento dell'abuso (Herman e Schatzow, 1987). Al contrario, fattori che alleviano il trauma o lo stress, come il supporto materno o altri tipi di sostegno, possono ridurre la probabilità di dimenticare l'abuso. Inoltre, il supporto materno può ulteriormente aiutare la memoria contribuendo alla codificazione, all'immagazzinamento e al recupero dell'episodio di abuso, se tale supporto costruisce una relazione in cui il bambino si sente aiutato a comprendere l'accaduto (Williams, 1995).

Come emerge da questi studi, la mancanza di verbalizzazione e di elaborazione sono connessi a una maggiore gravità dell'esperienza traumatica e dei suoi effetti psicologici. ***Quindi aiutare il bambino a verbalizzare mitiga la gravità, e se il blocco del ricordo (come punto estremo della non-rivelazione) è l'esito di una combinazione psicologica particolarmente nefasta (che vede la sommatoria dei fattori di gravità e di non protezione), sbloccare il ricordo e la rivelazione significa ri-incanalare le energie psichiche in modo più proficuo. Ciò non va confuso con il fenomeno dell'aumento dello stress, dei sintomi, e del malessere in chi riprende a ricordare: paradossalmente questo star male acuto comporta un'attenuazione del malessere cronico.***

4.4 Protezione nel contesto familiare

Uno dei più importanti fattori protettivi deriva dalla *capacità materna di fornire supporto al suo bambino* (Friedrich, 1998). Everson et al. (1989), pur constatando che meno della metà delle madri considerate nella loro ricerca potevano essere definite come supportive, hanno molto sottolineato la potenzialità risanatrice di un atteggiamento materno di credito e comprensione verso la vittima; tale fattore risulta correlato agli esiti psicologici in quest'ultima più di altri fattori intrinseci all'abuso, come la sua durata o il tipo di rapporto con l'abusante.

D'altro canto, proprio *il ruolo della madre e le sue possibilità di reagire correttamente al trauma del bambino, meritano approfondita attenzione*: molte ricerche hanno esaminato questi aspetti.

Innanzitutto si può affermare che anche la madre va considerata una vittima del trauma dell'abuso che ha coinvolto il figlio. E' stato rilevato che il grado di angoscia sperimentata dalla madre dopo la rivelazione della vittimizzazione sessuale del figlio è correlato al fatto che anche lei abbia subito un'esperienza simile nell'infanzia, al supporto ricevuto dall'ambiente sociale, e alle strategie per affrontare la situazione (strategie di coping) che utilizza (Hierbert-Murphy, 1998). Se però riesce a reagire positivamente, la sua influenza sullo stato mentale del bambino è grande: da uno studio di Manion et al. (1998) emerge che il funzionamento emozionale della madre è, assieme alle difese di evitamento e ai processi di interiorizzazione del bambino, uno dei predittori più significativi dell'assetto psicologico di quest'ultimo a lungo termine.

La letteratura internazionale si è occupata dapprima della posizione materna con lo scopo di esaminare il suo ruolo causale, poi sono state svolte anche ricerche che hanno valutato *il suo ruolo come persona in grado di attenuare il trauma*. Per es., una ricerca di Morrison e Clavenna-Vallerio (1998) ha messo in evidenza che le adolescenti che percepiscono la loro madre come supportiva ottengono elevati punteggi per quanto riguarda il concetto di sé e mostrano pochi sintomi di depressione dopo il trattamento. Una ricerca di Lovett (1995) mostra la valutazione del rapporto madre-figlia secondo il punto di vista della vittima. Questo studio ha messo in luce che, in un campione di ragazze abusate sessualmente, quelle che hanno percepito un più basso livello di atteggiamenti di rifiuto hanno più alte valutazioni di competenza e presentano meno problemi comportamentali rispetto al gruppo di confronto.

In particolare, quando il bambino decide di rivelare l'abuso subito, o questo emerge attraverso altre vie, è molto importante per l'evoluzione successiva delle vicende la modalità con la quale chi si occupa di lui accoglierà la rivelazione. La madre è importante anche per quanto riguarda *il supporto che è chiamata a fornire al bambino nel corso della rivelazione, delle indagini, e dell'eventuale processo*. La mancanza di tale sostegno può causare gravi danni al figlio, e non lo aiuta nella gestione e nell'elaborazione degli eventi in cui si trova coinvolto. Questa mancanza o incapacità da parte della madre è associata ad alcune variabili, che hanno come denominatore comune l'impensabilità dell'abuso: il perpetratore identificato è il genitore affidatario o il partner convivente, l'abuso ha comportato un contatto genitale, gli episodi si sono verificati a casa, sono presenti altre forme di maltrattamento, la vittima è un teenager (Elliot e Briere, 1994). La capacità di una madre di supportare e di credere al suo bambino è risultata anche una variabile determinante nella prosecuzione giudiziaria di un caso di abuso sessuale (Cross et al., 1994).

Nella già citata ricerca di Everson et al., oltre a fattori connessi al tipo di relazione della madre della vittima con l'abusante (quanto più è stretta tanto più sarà probabile uno schieramento della madre con il partner invece che con il figlio), viene messo a fuoco il ruolo giocato dal *giudizio che i servizi incaricati della protezione del bambino si formano della madre stessa*: vedendola inizialmente incerta e ambivalente, i servizi possono dimostrarsi diffidenti, ritenerla responsabile dell'abuso quanto l'abusante e avviare un allontanamento della piccola vittima. Sentire su di sé questa disapprovazione e non avvertire considerazione per la profonda crisi attraversata, può indurre la madre, già confusa, a schierarsi dalla parte del partner. Gli autori concludono raccomandando che, da parte dei servizi protettivi, ci sia meno enfasi sull'eventuale contributo della madre nel precipitare l'abuso, e molta più enfasi sulla sua potenziale capacità di aiutare la guarigione del bambino: un immediato intervento di supporto alle madri, per aiutarle a credere al figlio, a empatizzare con lui e a fornirgli consistente aiuto può essere il modo migliore di ridurre lo stress emotivo successivo alla rivelazione.

Anche una ricerca di Hazzard et al. (1995) conferma l'importanza del sostegno fornito al bambino abusato da coloro che si prendono cura di lui: l'attribuzione di colpa da parte di queste persone influenza la auto-colpevolizzazione messa in atto dal bambino stesso. Questo risultato comprova quanto sperimentato a livello clinico, e mette una volta di più in evidenza l'importanza di un intervento terapeutico rivolto anche a tutte le persone coinvolte nella cura della piccola vittima, perché siano a loro volta in grado di sostenerla.

Infine, va fatto rilevare che l'esistenza o meno di tale atteggiamento supportivo da parte dei familiari del bambino è ciò che può determinare la decisione di allontanarlo da casa (Faller, 1988; Everson et al., 1989); tale provvedimento ovviamente comporta un ulteriore strappo nella vita della vittima, imponendo l'interruzione dei rapporti anche con altri ambiti di appartenenza (scuola, amicizie ecc.)

*Se il supporto materno può essere senza dubbio uno dei fattori di maggiore sostegno per il bambino, lo studio del legame di attaccamento può fornire alcuni elementi utili per la **valutazione della sua relazione con la madre, che non deve essere considerata positiva a priori***. Gli studi di Bowlby (per es., 1988) hanno portato alla contestazione della credenza condivisa fino a qualche decennio fa, per cui si riteneva che il bambino sviluppasse uno stretto legame con la madre perché è lei che lo nutre. Il fatto che il bambino non stabilisce un legame con chiunque gli dà da mangiare ha portato Bowlby ad elaborare un concetto di attaccamento con una sua dinamica propria, distinta da quella delle pulsioni primarie. *Il comportamento di attaccamento* è quella forma di funzionamento istintivo che si manifesta in una persona la quale consegue o mantiene la prossimità nei confronti di un'altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo comportamento si accentua quando la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando riceve conforto e cure. Il fatto di sapere che una figura di attaccamento è disponibile e pronta a rispondere fornisce un forte e pervasivo senso di sicurezza, e incoraggia a dare valore alla relazione e a continuarla (Bowlby, 1988). Il sistema comportamentale di attaccamento è continuamente attivo anche se, a volte, il bambino lo deforma in modo inconscio, modellandolo sul comportamento della persona che si prende cura di lui. Infatti, il piccolo impara, attraverso ripetute interazioni, a valutare l'accessibilità sia fisica sia psicologica della persona che lo accudisce, e a sviluppare in conseguenza di ciò alcune strategie.

Nelle famiglie maltrattanti i figli sviluppano un legame di attaccamento di tipo evitante: il ricorso a questo particolare modello può essere spiegato in quanto questi bambini sono posti in una condizione conflittuale intollerabile. E' noto che, se spaventati in ogni modo, i piccoli sono condotti dal loro sistema di attaccamento a cercare conforto presso la persona che si prende cura di loro; se questa diventa minacciosa e/o proibisce il contatto fisico, essi imparano a spostare la loro attenzione in altre direzioni, a bloccare i sentimenti di rabbia e di paura in relazione alla madre o a chi li accudisce, così da rimanere il più possibile vicini a colui dal quale dipendono totalmente. Il prezzo che il bambino paga in termini del proprio mondo interno è che, per mantenere i "buoni oggetti interni", deve vedere "cattivo" se stesso: ciò richiede una scissione dell'identità e una identificazione con gli oggetti cattivi, per mantenere un certo senso di controllo e una speranza di salvezza. Di fronte al terrore e al dolore per ciò che non può essere sopportabile e ai sentimenti di totale impotenza, il bambino, come l'adulto, letteralmente dissocerà se stesso dai sentimenti e dai pensieri troppo disturbanti per essere riconosciuti. Questa è la modalità attraverso la quale le piccole vittime affrontano il dolore inesprimibile del loro passato. Solo quando questi sentimenti scissi vengono sbloccati, la rabbia e le percezioni che li accompagnano sono agite (sebbene non necessariamente in modo conscio), spesso per ricreare l'esperienza alla quale il bambino è stato esposto. Questo porta alla ripetizione compulsiva del trauma, dovuta al fatto che la vittima non può modulare l'eccitazione emozionale e fisiologica né simbolicamente né psicologicamente (de Zulueta, 1995).

Come si vede, la violenza messa in atto dalle principali figure di attaccamento ha un effetto duraturo sul bambino: Bowlby (1988) afferma che gli schemi acquisiti nell'esperienza primaria tendono ad autoperpetuarsi, dando origine a un circolo vizioso. *Per questo motivo è necessario valutare con attenzione le relazioni all'interno della famiglia, e gli operatori psico-sociali devono prestare attenzione nell'esaminare il legame madre-figlio, la cui naturalità non è sempre garanzia di beneficio, in quanto la madre, anche se non abusante, potrebbe reagire in modo distante ed espulsivo nei confronti della vittima, non riconoscendola come tale, innescando così comportamenti di attaccamento disfunzionali in quest'ultima.*

*Bisogna anche considerare il ruolo svolto dalla relazione della vittima con l'abusante sulla positività del legame madre-figlio. Dallo studio di Lovett già citato (1995) emerge che, nonostante molti bambini abbiano percepito la loro relazione con la madre come affettuosa e accettante, solo un terzo ha rivelato a lei l'abuso. Ciò potrebbe indicare che anche una buona qualità di tale relazione non può superare il potere delle minacce dell'abusante. Questo confermerebbe quanto emerge dalla letteratura che si è occupata di queste tematiche: secondo Carter (1988 in Lovett, cit.) i problemi nella relazione madre-figlia nelle famiglie in cui si è verificato un abuso sessuale sono direttamente connessi al modo di comportarsi del padre. Allo stesso modo Laing e Kamsler (1990 in Lovett, cit.) hanno precisato che la distanza psicologica tra la vittima e la madre è il risultato dello stile di manipolazione dell'abusante. Infatti, secondo gli autori, il *perpetratore*, per ottenere il mantenimento del segreto relativamente all'abuso, *insidia la fiducia del bambino riguardo alle capacità della madre di fornirgli aiuto*, dicendo cose del tipo: "se parli, tua madre avrà un esaurimento nervoso.", ecc. Questo spostamento di responsabilità messo in atto dall'abusante crea una situazione in cui la vittima è*

incoraggiata a sentire il dovere di proteggere la madre dalla verità. ***In questo modo si chiude per il bambino la possibilità di ricevere sostegno dalla figura materna.***

Sulla scorta di queste riflessioni, appare importante riferire anche alcune considerazioni a proposito dell'*interruzione dei rapporti con l'abusante come ulteriore strumento di protezione*, attuabile sia da parte della famiglia sia da parte degli operatori sociali e giudiziari. Lo scopo più elementare che ci si pone con questo strumento è quello di evitare la possibilità fisica che si verifichi l'abuso. Se è vero che nel caso dell'incesto questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche allontanando il genitore abusante da casa, nella situazione giuridica italiana gli strumenti per arrivare a questa soluzione sono praticamente inesistenti. Inoltre, nei casi di incesto, *attraverso l'allontanamento del bambino si attua una forma più ampia di protezione psicologica, se nessun familiare adulto riesce a porsi come chiaramente protettivo*: la vittima viene messa al riparo dalle violente reazioni che si scatenano all'interno della famiglia al momento dello svelamento dell'incesto, e che possono coinvolgere anche l'adulto non abusante, rendendolo non protettivo. Anche nei casi di violenza sessuale extrafamiliare la vittima va tutelata dall'eventuale messa in atto di pressioni e rappresaglie da parte di chi ha interesse a mantenere il segreto (Bertotti, 1990). Sulla stessa linea di pensiero si pone Crivillé (1995), affermando che il ruolo dell'allontanamento è inizialmente di interrompere la tensione che travolge i protagonisti della vicenda. Inoltre, in questo modo l'onnipotenza dei genitori viene arginata: possono realizzare che il figlio non è una loro proprietà né una parte di sé. L'allontanamento impedisce al genitore di ricorrere al bambino per colmare propri bisogni e interrompe l'eccitazione che la presenza di quest'ultimo configura.

Questo tipo di intervento è spesso ritenuto molto problematico per i bambini ed è associato a un aumento in loro dell'angoscia. Comunque le piccole vittime che sono allontanate da casa migliorano in modo paragonabile a quelle che non vengono allontanate. ***E' probabile che non sia l'allontanamento in sé a causare un aumento dell'angoscia, ma le ragioni che lo causano.*** Bisogna ricordare che la ragione dell'allontanamento dei bambini da uno o da entrambi i genitori è spesso la loro mancanza di volontà o l'incapacità di fornire un'adeguata protezione (Berliner e Conte, 1995).

4.5 Protezione nel contesto sociale

Il fatto che una proporzione significativa di bambini che hanno rivelato un abuso sessuale siano stati sottoposti a valutazioni mediche e a diversi tipi di intervento di ordine sociale e giudiziario, obbliga a considerare articolatamente i *fattori di protezione messi in atto all'interno dell'ambiente sociale*. Interviste, esami, allontanamento da casa e testimonianza sono gli argomenti di un aspro dibattito tra i professionisti. Si discute riguardo alla possibilità che questi interventi siano più dannosi dell'abuso stesso, o per lo meno che possano esacerbare gli effetti della violenza subita. Tuttavia i risultati delle ricerche riguardanti l'impatto dell'intervento non hanno fornito un supporto all'ipotesi che esso sia sempre dannoso (Berliner e Conte, 1995).

Esaminando più da vicino *le modalità di protezione che possono essere attuate dal sistema sociale, possiamo vedere che gli interventi si situano a diversi livelli: il sostegno può essere offerto attraverso la consultazione e la terapia oppure l'aiuto ad ottenere giustizia.*

Cominciando da quest'ultimo aspetto, da una ricerca di Barton (1995) emerge che l'aiuto fornito alle vittime per ottenere il riconoscimento dell'ingiustizia subita è un elemento cruciale nel loro processo di recupero, e può essere anche d'importanza critica nei loro sforzi per evitare un'ulteriore vittimizzazione. Per comprendere l'effetto che ha sui bambini essere coinvolti in un *processo penale*, è necessario ricorrere a riflessioni complesse. Ruyan et al. (cit.) hanno rilevato che i bambini che testimoniano in tribunale non solo non mostrano un aumento dei sintomi, ma anzi un maggiore benessere rispetto a quelli che non lo fanno: ma se questa esperienza viene ripetuta più di una volta aumentano i livelli di malessere (Goodman, 1992). Anche da una ricerca di Tedesco e Schnell (1987) è risultato che un elevato grado di angoscia auto-riferita è presente nei bambini che sono stati intervistati più di una volta. Sulla base di questi rilievi, peraltro logicamente giustificati, molti Paesi hanno intrapreso riforme riguardanti le procedure (per es., un maggior coordinamento delle investigazioni per ridurre il numero di interviste a cui viene sottoposto il bambino) al fine di minimizzarne i presunti effetti negativi (l'argomento sarà affrontato in dettaglio nel capitolo III).

Tuttavia secondo Ruyan et al. (1992) il coinvolgimento nel processo investigativo non porta di per sé a un aumento del grado di angoscia. I bambini che non sono coinvolti in questi processi legali e quelli i cui casi si sono conclusi non mostrano differenze per quanto riguarda il funzionamento psicologico, mentre i bambini il cui caso non è stato risolto sono i più disturbati. *Questo suggerisce che l'incertezza o il ritardo nella risoluzione del caso risulta essere il fattore che contribuisce a rallentare il recupero.* Morris et al. (1996) attestano anche che il mancato riconoscimento di colpevolezza da parte del perpetratore dell'abuso provoca nei bambini una maggior frequenza di sintomi da stress post-traumatico: e ciò, oltre a essere un segnale negativo sul piano relazionale, è certamente uno degli elementi che complicano l'iter giudiziario.

Altro aspetto chiave è la possibilità di fruire di un *supporto psicologico* in questa circostanza.

Secondo Calam et al. (1998) senza un accesso facile all'intervento psicologico, i bambini che mostrano disturbi emotivi o comportamentali nel periodo dell'indagine iniziale probabilmente continueranno a presentarli per molto tempo, e potranno anche mostrare un ampliamento della gamma dei problemi.

La possibilità di fornire terapia ai bambini è anche collegata alle modalità e al contesto in cui avviene la rivelazione: se questa inizia con una certa facilità, le piccole vittime possono apparire dotate di un più elevato funzionamento psicologico, e ciò può portare i genitori e i professionisti a una minore motivazione all'intervento terapeutico. Al contrario, la rivelazione che avviene in modo accidentale e frammentario può apparire come maggiormente traumatica e per questo può garantire una terapia più intensiva (Nagel et al., 1997)

Da alcune ricerche, come anche già citato, emerge *l'importanza che la terapia sia offerta pure ai genitori*, affinché siano in grado di fornire al bambino il supporto necessario, che è risultato un forte predittore delle conseguenze dell'abuso anche a un follow up avvenuto a 6 e a 12 mesi (Cohen e Mannarino, 1996).

Il supporto sociale può contribuire a mitigare gli effetti negativi dell'abuso e anche ad accrescere nel bambino la sensazione di competenza e del proprio valore. Tale supporto può avere influenza sulla relazione tra l'abuso e uno stile di attribuzione non adeguato, l'abuso e la vergogna, l'abuso e un

adattamento insufficiente (Feiring et al., 1996). Tuttavia è anche necessario analizzare con attenzione se, già prima dell'abuso, il bambino soffrisse di qualche svantaggio sociale, che ovviamente interferirà con l'efficacia del supporto offerto dopo la scoperta della vittimizzazione. Alcuni studi citati da Friedrich (1998) concordano nel dimostrare che le circostanze psicosociali preesistenti, se durature e sfavorevoli, devono essere considerate per meglio comprendere i bisogni del bambino.

BIBLIOGRAFIA (provvisoria)

- Ackerman P., Newton J., McPherson W., Jones J., Dykman R.**, "Prevalence of post-traumatic stress disorders and other psychiatric diagnoses in 3 group of abused children (sexual, physical, and both)", *Child Abuse and Neglect*, 22 (8), pp. 759-774, 1998.
- Ainsworth M.**, "Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development" *Bulletin of the New York Academy of Sciences*, 61, pp. 771-791, 1985.
- American Psychiatric Association**, "Diagnostic and statistical manual of mental disorders", Quarta edizione, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.
- Arata C.**, "To tell or not to tell: current functioning of child sexual abuse survivors who disclose their victimization.", *Child Maltreatment*, 3(1), pp. 63-71, 1998.
- ASPER**, "Sesso 2000: il comportamento sessuale degli italiani alle soglie del XXI secolo.", Secondo rapporto di ricerca non pubblicato, 1992
- Babiker G., Herbert M.**, "The role of psychological instrument in the assessment of child sexual abuse", *Child Abuse Review*, 5, pp.239-251, 1996.
- Baker A., Duncan S.**, "Child sexual abuse. A study of prevalence in Great Britain.", *Child Abuse and Neglect*, 9, pp. 457-467, 1985.
- Baral I., Kora K., Yueksel S., Sezgin V.**, "Self mutilating behavior of sexual abuse female adults in Turkey.", *Journal of Interpersonal Violence*, 13 (4), pp. 427-437, 1998.
- Barton S.**, "Investigation forensic nursing.", *Kansas Nurse*, 70, pp. 3-4, 1995.
- Beck D., Emery M.**, "Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective", New York: Basic Books, 1985
- Beitchman J., Zucher K., Hood J., DaCosta G., Akman D.**, "A review of the short term effects of child sexual abuse", *Child Abuse and Neglect*, 15, pp. 537-556, 1991.
- Beitchman J., Zucker K., Hood J., Da Costa G., Akman D.**, "A review of the long term effects of child sexual abuse.", *Child Abuse and Neglect*, 16, pp. 101-118, 1991.
- Berliner L., Bulkey J., Jenny C., Reid T. (a cura di)**, "Handbook on child maltreatment", American Professional Society on the Abuse of Children, 1996.
- Berliner L., Conte J.**, "Sexual abuse evaluations: conceptual and empirical obstacles.", *Child Abuse and Neglect*, 17 pp. 111-125, 1993
- Berliner L., Conte J.**, "The effects of disclosure and intervention on sexually abused children.", *Child Abuse and Neglect*, 19 (3), pp.371-384, 1995.
- Berliner L., Elliott D.**, "Sexual abuse of children.", in Briere J., Berliner L., Bulkey J., Jenny C., Reid T. (a cura di), "Handbook on child maltreatment", American Professional Society on the Abuse of Children, 1996.
- Berliner L., Elliott D.**, "Sexual abuse of children.", in Briere J., Berliner L., Bulkey J., Jenny C., Reid T., "Handbook on child maltreatment", American Professional Society on the Abuse of Children, 1996.
- Bertotti T.**, "La protezione.", in Malacrea M., Vassalli A., ed. Cortina, pp. 155-175, 1990.
- Bolton F., Morris L., MacEachron A.**, "Males at risk. The other side of child sexual abuse.", Sage publications, 1989.

- Bowlby J.**, “Una base sicura.”, Ed. Cortina, 1988.
- Briere J.**, “Child abuse trauma”, Sage Publications, 1992.
- Briere J., Berliner L., Bulkey J., Jenny C., Reid T.**, “Introduzione.”, in Briere J., Berliner L., Bulkey J., Jenny C., Reid T. (a cura di), “Handbook on child maltreatment”, American Professional Society on the Abuse of Children, 1996.
- Briere J., Henschell D., Smiljanich K.**, “Attitudes towards sexual abuse: sex differences and construct validity.”, *Journal of Research and Personality*, 26, pp. 398-406, 1992.
- Browne A., Finkelhor D.**, “Impact of child sexual abuse: a review of the research”, *Psychological Bulletin*, 99, pp. 66-77, 1986.
- Calam R., Horne L., Glasgow D., Cox A.**, “Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow up study.”, *Child Abuse and Neglect*, 22 (9), pp.901-913, 1998.
- Cerezo A., Frias D.**, “Emotional and cognitive adjustment in abused children”, *Child Abuse and Neglect*, 18 (11), pp. 923-932, 1994.
- Chaffin M., Wherry J., Dykman R.**, “School age children’s coping with sexual abuse: abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies.”, *Child Abuse and Neglect*, 21 (2), pp. 227-240, 1997.
- Choen J., Mannarino A.**, “Factors that mediate treatment outcome of sexually abuse preeschool children: 6 and 12 month follow up.”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (1), pp. 44-51, 1998.
- Cloitre M.**, “Sexual revictimization: risk factors and prevention.”, in Follete V., et al., “Cognitive-behavioral therapies for trauma.”, The Guildford Press, NY, pp.278-304, 1998.
- Coffey P., Leitenberg H., Henning K., Turner T., Bennett R.**, “Mediators of the long term impact of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powerlessness, and selfblame.”, *Child Abuse and Neglect*, 20 (5), pp. 447-455, 1996.
- Condy S., Templar D., Brown R., Veaco L.**, “Parameters of sexual contact of boys and women.”, *Archives de Sexual Behaviour*, 16, pp. 379-394, 1984.
- Crivillé A.**, “Genitori violenti, bambini maltrattati.”, ed. Liguori, 1995.
- Cross T., De Vos E., Whitcomb D.**, “Prosecution of child sexual abuse: which case are accepted?”, *Child Abuse and Neglect*, 18 (8), pp. 663-577, 1994.
- Cross T., De Vos E., Withcomb D.**, “Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis.”, *Child Abuse and Neglect*, 19 (2), pp. 1431-1442, 1995.
- de Zulueta F.**, “Children and violence.”, in Trowell J., Bower M., “Emotional needs of young children and their families. Using psychoanalytic ideas in community.”, cap. 23, Routledge, NY, 1995.
- Di Blasio P.**, “Abusi all’infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento.”, *Ecologia della Mente*, 20 (2), pp. 153-170, 1997.
- Di Blasio P.**, “Bambini violati: la paura, la vergogna, il silenzio”. *Psicologia Contemporanea*, n° 137, pp. 28-37, 1996.
- Di Blasio P., Barbetta L., Bianchi D., Fiocchi E., Scotti P.**, “La violenza all’infanzia: alcuni dati.”, *Maltrattamento e abuso all’infanzia*, 1, pp. 137-149, 1999.

- Di Nicola P.**, “La mancanza di sicurezza e la disattenzione: una nuova area di rischio e di abuso.”, in Cirillo G., Siani P., Tamburini G., Ed Scientifiche Italiane, 1996.
- Drell M., Siegel C., Gaensbauer T.**, “Disturbo post-traumatico da stress.”, in “Fava Vizziello G., “Manuale di salute mentale, ed. Masson, pp. 255-266, 1996.
- Elliott D., Briere J.**, “Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: a general population study.”, *Journal of Traumatic Stress* 8 (4), pp. 629-647, 1995.
- Elliott M., Browne K., Kilcoyne J.**, “Childn sexual abuse prevention: what offenders tell us.”, *Child Abuse and Neglect*, 19 (5), pp. 579-594, 1995.
- Everill J., Waller G.**, “Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates.”, *Child Abuse and Neglect*, 19 (1), pp. 93-100, 1995.
- Feiring C., Lynn T., Lewis M.**, “A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization.”, *Child Abuse and Neglect*, 20 (8), pp. 767-782, 1996.
- Ferguson D., Lysley M., Horwood J.**, “Child sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood: prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse.”, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1996 *****
- Finkelhor D.**, “Child sexual abuse: new theory and research.”, NY, The Free Press, 1984.
- Fleming J., Mullen P., Sibthorpe B., Attewell R., Bammer G.**, “The relationship between childhood sexual abuse in women: a case control study.”, *Addiction*, 93 (12), pp. 1787-1798, 1998.
- Friedrich W.**, “Psychotherapy of sexually abused children and their family.”, Norton &C., NY, 1990.
- Gabel M.**, “Les enfants victimes d’abus sexuels.”, Press Universitaire de France, 1992.
- Gelinas D.**, “The persisting negative effects of incest”, *Psychiatry*, 46, pp. 312-332, 1983.
- German D., Habenicht D., Futcher W.**, “Psychological profile of the female adolescent incest victim”, *Child Abuse and Neglect*, 14, pp. 429-438, 1990.
- Goodman G., Quasna A., Batterman Fanuce J., Riddleberger M., Kuhn J.**, “Predictors of accurate and inaccurate memories of traumatic events experienced in childhood.”, *Consciousness and Cognition*, 3, pp. 269-294, 1994.
- Goodman G., Tanb E., Jones D., England P., Port L., Rudy L., Prado L.**, “Emotional effects of criminal court testimony on child sexual assault victims.”, *Monographs of the Society for Research on Child Development*, Chicago , 1992.
- Green A.**, “Factors contributing to generational transmission of child maltreatment.”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (12), pp. 1334-1336, 1998.
- Hall L., Sachs B., Rayens M.**, “Mothers’ potential for child abuse: the roles of childhood abuse and social resources.”, *Nursing Research*, 47 (2), pp. 87-95, 1998.
- Halperin D., Bouvier P., Reywicky H.**, “A contre core, a contre corps.”, Geneve, 1997.
- Hazzard A., Celano M., Gould J., Lawry S., Webb C.**, “Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims.”, *Child Abuse and Neglect*, 19 (6), pp. 707-714, 1995.
- Herman J., Schatzow E.**, “Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma.”, *Psychoanalytic Psychology*, 4 (1), pp. 1-14, 1987.

Hibbard R., Hartman G., “Behavioral problems in alleged sexual abuse victims”, *Child Abuse and Neglect*, 1992.

Hierbert-Murphy D., “Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: the role of a history of child sexual abuse, social support, and coping.”, *Child Abuse and Neglect*, 22 (5), pp. 423-435, 1998.

Holen A., “A long term outcome study of survivors from disaster.”, Oslo, Norway, University of Oslo Press, 1990.

Kelly L., Regan L., Burton S., “An exploratory of the prevalence of sexual abuse in a sample of 16-21 year old.”, Polytechnic of North London, 1991.

Kempe C., Silverman F., Steele B., Droegmuller W., Silver H., “The battered-child syndrome”, *Journal of the American Medical Association*, 181, pp. 17-24, 1962.

Leitenberg H., Greenwald E., Cado S., “A retrospective study of long term methods of coping with having been sexually abused during childhood.”, *Child Abuse and Neglect*, 16, pp. 399-407, 1992.

Leventhal J., “Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions.”, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), pp. 481-491, 1998.

Lovett B., “Child sexual abuse: the female victim’s relationship with her non-offending mother.”, *Child Abuse and Neglect*, 19 (6), pp. 729-738, 1995.

Luberti R., “Abuso sessuale intrafamiliare sui minori.”, in Luberti R. e Bianchi D. (a cura di), “...e dissero che avevo sognato.”, ed Cultura della Pace, pp.17-36, 1997.

Luberti R., “Conseguenze sulle donne adulte dell’abuso sessuale intrafamiliare subito in età minore.”, in Luberti R. e Bianchi D. (a cura di), “...e dissero che avevo sognato.”, ed Cultura della Pace, pp.156-180, 1997.

Malacrea M. e Vassalli A. (a cura di), “Segreti di famiglia”, ed. Cortina 1990.

Malacrea M., “L’intervento psicologico nell’abuso sessuale all’infanzia.”, in Luberti R. e Bianchi D., “...e poi dissero che avevo sognato.” Ed. Cultura della Pace, pp. 105-136, 1997.

Malacrea M., “Trauma e riparazione”, ed. Cortina,1998.

Manion I., Firestone P., Cloutier P., Ligezinska M., McIntyre J., Ensom R., “Child extrafamilial sexual abuse: predicting parent and child functioning.”, *Child Abuse and Neglect*, 22 (12), pp. 1285-1304, 1998.

McClellan J., McCurry C., Ronnei M., Adams J., “Age of onset of sexual abuse: relationship to sexually inappropriate behaviors.”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (10), pp. 1375-1383, 1996.

Mennen F., Meadow D., “The relationship of abuse characteristics to symptoms in sexually abused girls.”, *Journal of Interpersonal Violence*, 10 (3), pp. 259-274, 1995.

Moro A., “Manuale di diritto minorile.”, Zanichelli, Bologna, pp. 314-319, 1996.

Morris T., Lipovsky J., Saunders B., “The role of perpetrator acknowledge in mediating the impact of child sexual assault: an exploratory study.”, *Journal of Child Sexual Abuse*, 5 (3), pp. 95-112, 1996.

- Morrison N., Clavenna-Vallerio J.**, “Perceptions of maternal support as relates to self-concept and self-report of depression in sexually abused female adolescents. “*Journal Child Sexual Abuse*, 7 (1), pp.23-40, 1998.
- Nagel D., Putnam F., Noll J., Trickett P.**, “Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning aat 1-yeear follow up.”, *Child Abuse and Neglect*, 21 (2), pp. 137-147, 1997.
- Perrone R., Nannini M.**, “Violence et abus sexuels dans la famille.”, ed. ESF, 1995.
Rapporto CENSIS “Sfruttamento sessuale e minori.”, 1998.
- Rind B., Tromovitch P., Bauserman R.**, “A meta nalitic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples.” *Psychological Bulletin*, 124 (1), pp. 22-53, 1998.
- Rowan A., Foy D.**, “PTSD in child sexual abuse survivors: a literature review.”, *Journal of Traumatic Stress*, 6 (1), pp. 3-19, 1993.
- Runyan D.**, “Prevalence, risk, sensitivity, and spcificity: a commentari on the epidemiology of child sexual abuse abd the development of the research agenda.”, *Child Abuse and Neglect*, 22 (6), pp. 493-498, 1998.
- Russel D.**, “The secret trauma: incest in the lives of girls and women”, New York, Basic Books, 1986.
- Ruyan D., Everson M., Edelshon G., Hunter W., Coulter M.**, “Impact of intervent oon sexually abused children.” *Journal of Pediatrtris*, 113, pp. 647-653, 1992.
- Silk K., Lee S., Hill E., Lohr N.**, “Borderline personality disorders symptoms and severity of sexual abuse.” *American Journal of Psychiatry*, 152 (7), pp. 1059-1064, 1995.
- Sinclair B., Gold S.**, “The psychological impact of withholding discosure of child sexual abuse.”, *Violence and Victims*, 12, pp.137-145, 1997.
- Spak L., Spak F., Allebeck P.**, “Sexual abuse and alcoholism in a female population.”, *Addiction*, 93 (9), pp. 1365-1373, 198.
- Steel J., Wilson G., Cross H., Whipple J.**, “Mediating factors in the development of psychopathology in victims of childhood sexual abuse .”, *Sexual Abuse Journal of Research and Treatment*, 8 (4), pp. 291-316, 1996.
- Tebbutt J., Swanson H., Oates R., Toole B.**, “Five years after Child sexual abuse: persisitng disfunctions and problems of predizposition.”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, pp.330-339, 1997.
- Tedesco J., Schnell S.**, “Children’s reactions to sex abuse investigation and litigation.”, *Child Abuse and Neglect*, 11, pp. 267-272, 1996.
- Terr L.**, “A family study of child sexual abuse”, *American Journal of Psychiatry*, 127 (5), pp. 125-131, 1970.
- Terr L.**, “Childhood traumas: an outline and overview”, *American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 10-20, 1991.
- Terr L.**, “Forbidden games.”, *American Journal of Child Psychiatry*, 20, pp. 741-760, 1981
- Violato C.**, “The effects of childhood sexual abuse and developmental psychopathology.”, *Canadian Journal of behavioral science*, 23, pp. 282-299, 1994.

Wells R., McCann J., Adams J., Voris J., Ensign J., “Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent female”, *Child Abuse and Neglect*, 19 (2), pp. 155-163, 1995.

Whitmire L., Harlow L., Quina K., Morokoff P., “Childhood trauma and HIV: women at risk.” PA, USA, Brunner/Mazel, 1999.

Widom C., Ames A., “Criminal consequences of childhood sexual victimization”, *Child Abuse and Neglect*, 18(4), 1994.

Williams L., “Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories.”, *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4), pp. 649-673, 1995.

Wolfe D., Sas L., Wekerle C., “Factors Associated with the development of PTSD among child victims of sexual abuse”, *Child Abuse and Neglect*, 18, pp. 37-50, 1994.

Wozencraft T., Wagner W., Pellegrin A., “Depression and suicidal ideation in sexually abused children”, *Child Abuse and Neglect*, 15, pp. 505-511, 1991.

Xavier C., Law F., Tobias A., Hawton K., “Child sexual abuse in women who take overdose: a study of prevalence and severity.”, *Archives of Suicide Research*, 4 (4), pp. 291-306, 1998.