

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

CAPITOLO 2 VALUTAZIONE CLINICA

2.1 Per progettare adeguati e tempestivi interventi riparativi, è necessario sviluppare sistemi validi e affidabili per riconoscere il fenomeno

2.1.1 Va considerato che:

- a) il presunto persecutore quasi sempre nega***
- b) spesso mancano evidenze fattuali e testimonianze esterne***
- c) spesso la valutazione è centrata in modo principale o esclusivo sul bambino***

2.1.2 Conseguentemente:

- a) in ogni caso la valutazione va effettuata in modo esteso e complesso, analizzando almeno tre aree: indicatori e segni fisici, indicatori e segni psicologici, racconti e affermazioni della presunta vittima***
- b) è opportuno salvaguardare, in ogni momento del percorso valutativo, la protezione fisica e psicologica del minore, garantendo, se necessario, percorsi paralleli di intervento per lui e per i suoi familiari***
- d) la valutazione dovrà essere effettuata con modalità che ne riducano al minimo il possibile costo psicologico***

1. PREMESSA

Come ampiamente esposto nel precedente capitolo, l'abuso sessuale all'infanzia si configura come un fenomeno di ragguardevoli dimensioni e generalmente di grande impatto negativo su chi lo subisce. Un'altra sua caratteristica è la segretezza che l'accompagna, sia durante il verificarsi degli episodi traumatici, sia spesso per lungo tempo anche dopo la loro cessazione: globalmente, stando al confronto tra i dati emergenti dalle inchieste retrospettive e i dati sui casi denunciati, si può dedurre una grande sproporzione tra la punta dell'iceberg e la parte sommersa, pur nella varietà delle cifre nelle diverse rilevazioni.

Ne consegue naturalmente che compito dei professionisti che si muovono nell'area della tutela della salute, fisica, psicologica, delle relazioni sociali, è acquisire tutte le competenze e le metodologie necessarie per cogliere tempestivamente e con la massima estensione possibile le situazioni di abuso, come indispensabile premessa a portarvi rimedio sia sul piano della protezione che della cura delle piccole vittime.

Ci si addenterà nei prossimi paragrafi nel dettaglio delle problematiche poste da ogni specifico settore della valutazione. ***E' necessario tuttavia premettere alcune considerazioni generali sul processo valutativo, i suoi fini, i suoi metodi, i suoi rischi.*** Infatti la valutazione in simili casi presenta numerose insidie, che da tempo sono state capillarmente analizzate dagli studiosi della materia.

2. IL RISCHIO DI ERRORE

Il fatto che l'"emerso" sia così sottodimensionato rispetto al "sommerso" non mette di per sé al riparo dal rischio che parte delle situazioni che risvegliano un sospetto di abuso sessuale in realtà non siano tali. Un errore per eccesso (si vedrà poi nel capitolo specificamente dedicato ai "falsi negativi e falsi positivi" che le stime medie di falsi positivi si aggira intorno al 5-8% del denunciato) comporterebbe conseguenze distruttive per la presunta vittima, per l'accusato e per tutte le relazioni sociali in cui il bambino è immerso. Per analogia, la questione delle "memorie recuperate", pur riferendosi a individui ormai adulti e quindi con bisogni meno urgenti di prese di decisione sul piano protettivo, ha portato in piena luce il rischio che *inaccurate valutazioni cliniche* possano portare a disastrosi abbagli, con il pericolo supplementare di alimentare il back-lash culturale. Se ne occupa con espressioni severe Campbell (1998), stigmatizzando come miope e superficiale l'atteggiamento tenuto generalmente dai professionisti della salute mentale e dalle loro organizzazioni di categoria, anche tra le più illustri, nel contrastare con un tono esclusivamente difensivo e minimizzante quella che non può che essere vista come una vera crisi delle capacità diagnostiche, resa d'attualità dal clamore connesso alla *"false memory syndrome"*. Di fronte alla contestazione in atto da più parti, si configurano come scelte irresponsabili quelle di chi continua a privilegiare l'intuito e l'esperienza clinica, basati necessariamente su dati ridotti e sottoposti ad interpretazioni soggettive, e a trascurare attivamente, perfino escludendone l'acquisizione a livello di associazioni specialistiche, quanto emerge dalla ricerca scientifica.

Anche quando il sospetto riguarda bambini è possibile trovarsi di fronte a segnali fuorvianti. Molti autori (Bernet, 1997, fa una revisione sommaria della letteratura in proposito; per una trattazione più approfondita si veda il cap.IV) si sono occupati di individuare la multiple cause che possono portare ad affermazioni che erroneamente indirizzano a ipotizzare un abuso sessuale.

Ancor più Fisher (1995), applicando il Codice Deontologico dell'American Psychological Association del 1992 alla situazione verificatasi durante un combattuto e famoso processo celebratosi negli Stati Uniti tra il 1988 e il 1993 (contro Kelly Michaels, accusata di aver abusato sessualmente una ventina di bambini in un asilo nido), severamente richiama gli psicologi ad evitare molteplici errori che possano portarli a false conclusioni, come pare essere avvenuto nella situazione citata (dopo una condanna in primo grado, la Corte d'Appello ha assolto l'accusata alcuni anni dopo, per l'insufficienza e la non scientificità dei professionisti della salute mentale che si erano occupati della fase di valutazione). E' probabile che il forte impatto del caso menzionato, che ha avuto molto risalto

nella cronaca, abbia in parte indotto il tono durissimo del commento di Fisher, che raccomanda ai colleghi di evitare in ogni modo il rischio di false conclusioni, *sostanzialmente astenendosi dal trarne alcuna*, in nome della non completa oggettività degli strumenti di valutazione. Nel 1998 la stessa autrice, insieme a Whiting (in Ceci, Hembrooke), percorrendo analiticamente i vari indicatori e strumenti diagnostici su cui solitamente si basano gli psicologi nella valutazione di un sospetto abuso, ribadisce gli stessi concetti, pur ammettendo (contraddittoriamente?) che i vari elementi di un'osservazione clinica sono di critica rilevanza anche per arrivare al giudizio penale.

Da questa posizione certo estrema va tuttavia ricavato un pensiero, e cioè che il pericolo di trovarsi esposti come valutatori in simili controverse questioni rende oggetto di *enormi pressioni etiche*, che non possono che fare cattivo gioco al sereno approccio valutativo nei confronti degli abusi all'infanzia.

D'altro canto, esistono anche, e non infrequentemente, *situazioni che definiremmo "abortive"*, in cui il primo allarme risvegliatosi nella direzione di una possibile situazione traumatica, si spegnerebbe pericolosamente (ritrattazioni, incomplete dichiarazioni, dati inconsistenti) se non venisse fatto un preciso sforzo validativo per arrivare a inquadrare la vera natura del problema presentatosi.

Elliott e Briere (1994) hanno riscontrato che il 34% di bambini con evidenze collaterali molto forti non rivelavano; Faller (1995), su un campione cospicuo di piccole vittime i cui abusanti avevano confessato, ha trovato rivelazioni completamente soddisfacenti in circa due terzi dei casi; Lawson e Chaffin (1992), analizzando un gruppo di bambini affetti da malattie sessualmente trasmesse, hanno ottenuto rivelazioni sull'origine della stessa solo nel 43% dei casi. Comprensibilmente l'AACAP (Bernet, 1997) mette la considerazione di questa eventualità, di fatto più frequente dell'altra, ***al primo posto negli avvertimenti a riguardo dei possibili errori valutativi***, ricordando quante possano essere le componenti negative, sia originate dall'interno della piccola vittima (sentimenti di vergogna, autoattribuzione di responsabilità per l'accaduto, desiderio di allontanare attraverso l'evitamento pensieri con cui è troppo doloroso confrontarsi, ricorso alla negazione della propria impotenza) sia dall'esterno (paure a rivelare indotte dall'abusante o altri familiari, paura delle conseguenze sul piano giudiziario delle proprie affermazioni, blocco indotto da metodi di intervista scorretti) che *possono motivare il bambino a tacere l'abuso subito*.

3. LA NEGAZIONE

La negazione è un fenomeno atteso nelle situazioni di abuso sessuale all'infanzia, affermano Trepper e Barret (1989). Esso coinvolge in vario modo tutti i membri della famiglia incestuosa e deve essere visto come un meccanismo di difesa che protegge ciascun familiare, le relazioni tra loro e il sistema-famiglia dagli interventi del mondo esterno.

Esistono *due tipi* di negazione. Quella su base *psicologica* è inconscia e per l'individuo la verità risulta inaccessibile, come esito dei meccanismi di evitamento del dolore. L'altra è quella su base *sociale*, come strategia cosciente finalizzata a evitare le conseguenze negative, per il singolo o per la famiglia, del riconoscimento dell'abuso. Malacrea (1998) aggiunge che è difficile, forse impossibile e comunque non funzionale al trattamento, porre una distinzione troppo netta tra le due forme di negazione.

In particolare, per quanto riguarda *l'abusante*, è probabilmente più produttivo, e aderente alla realtà, pensarlo come chi soffre di una patologia per cui negare e contemporaneamente non smettere di agire la propria parte "mostruosa" sono scelte talmente necessarie alla sopravvivenza psichica da creare un groviglio inestricabile: mentire e credere alle proprie menzogne sembrano le uniche soluzioni possibili.

Balier (1992, 1995) ha descritto con un'ottica psicoanalitica i meccanismi strutturali di personalità dell'autore di delitti sessuali contro l'infanzia; egli parla di un'angoscia di base arcaica, relativa allo scacco dei processi di attaccamento primario, che connota l'assetto psichico della persona. L'atto perverso ha carattere di coazione perchè consente di esistere a spese dell'altro. Dato fondamentale è la *scissione del funzionamento mentale* che poggia sulla negazione della realtà e permette

all'individuo di funzionare su due livelli contraddittori, senza che questi vengano in conflitto, anzi ignorandosi reciprocamente: secondo un livello, il perverso è in grado di condurre una vita pressochè normale in un apparente adattamento ('le gentil voisin'), secondo l'altro livello è spinto all'atto perverso per tenere a bada l'angoscia di morte. Ciò avviene come se, quando si trova in un tipo di funzionamento, 'dimenticasse' l'altro, tanto che la negazione dei fatti non risponde solo a un bisogno opportunistico legato alla situazione contingente bensì è l'esito di una vera scotomizzazione dell'apparato psichico.

Marshall (1999) recentemente ribadisce che, nella pratica dei valutatori, gli abusanti presentano se stessi come "soggetti senza colpa", negando di aver commesso un reato.

Anche a livello non consapevole, attraverso la raccolta di materiale proiettivo, si conferma il ricorso a difese di negazione in un'alta percentuale di abusanti. In una ricerca di Di Guglielmo (2001) su 22 abusanti certi (confessi o condannati in due gradi di giudizio senza ricorso in Cassazione), 16 soggetti presentano tale organizzazione difensiva: va notato che essa non compare in risposta a stimoli collegati all'abuso ma come modalità diffusa di "anestetizzare" ansia e depressione evocate nella produzione del materiale proiettivo. Le difese di negazione appaiono quindi non tanto nella loro valenza strategica-sociale ma in quella strutturale di sistema di evitamento della presa di contatto con contenuti potenzialmente angoscianti e destabilizzanti..

Trepper e Barret (op. cit.), e con loro tutta la letteratura, affermano che, per quanto dotata di scopi protettivi, *la negazione non è produttiva* nè per chi la mette in atto nè per le realazioni familiari. Tale strategia va sostituita dall'assunzione di responsabilità e dall'accettazione della realtà, come primo passo verso la riparazione.

Gli autori individuano 4 stadi della negazione: *dei fatti, di consapevolezza, di responsabilità, di impatto*. Va notato che anche il recente articolo di Marshall (1999) riconosce esattamente le stesse dinamiche, confermandole come importanti costanti. Esse sono comprensibilmente più frequenti in chi ha commesso l'abuso: in questi soggetti è diversa anche la qualità della difesa, rispetto alla vittima e all'adulto non abusante in famiglia. Malacrea (op. cit.) definisce questa negazione "*primaria*", come contrapposta a quella "*secondaria*" degli altri protagonisti dell'abuso. Questi ultimi agiscono in modo comprensibilmente reattivo all'orrido e all'impensabile, con grande dispendio di energie psichiche e grave costo psicologico; per l'abusante tale costo non è evidente, come nota Gabbard (1992), purchè il mondo che si è costruito intorno non entri in contatto con altri che lo ritengono impossibile e intollerabile: e questa è proprio la funzione della negazione.

Guardando nel dettaglio tale organizzazione difensiva constatiamo che la negazione dei *fatti* risulta essere la peggiore e la più antitetica al processo terapeutico: essa può presentarsi in forma massiccia e categorica o talvolta come minimizzazione degli eventi, della loro frequenza e gravità, nonchè del carattere coercitivo degli stessi. Con le negazioni di *consapevolezza* e *responsabilità*, gli abusanti tendono a proiettare all'esterno da sè la decisione di vittimizzare, che non viene riconosciuta come scelta consapevole e strategicamente costruita e mantenuta (ad esempio, con l'inganno o l'induzione al segreto). Ancora più difficile è sciogliere la negazione di *impatto*, cioè della coscienza di aver arrecato un danno al bambino, che viene visto viceversa come complice attivo, attraverso una distorsione di lettura dei suoi comportamenti. Tale errata interpretazione ha le sue radici nella mancanza di empatia verso la vittima.

Tali dinamiche, sostiene Marshall (1999), sono presenti in maniera cospicua in più del 60% degli abusanti che pure accedono a un trattamento, e devono essere direttamente ed esplicitamente contrastate, anche avvalendosi di riscontri fattuali esterni, per avere qualche speranza di indurre mutamenti. Utili approfondimenti in linea con quanto sopra si trovano anche in Ghezzi, 2001.

Marshall (op. cit.) sottolinea che anche solo abbandonare la negazione dei fatti risulta un passaggio lento e difficile. Va notato poi che tale impostazione dell'economia psichica resiste in qualche modo anche quando la negazione dei fatti cade: *è ben difficile arrivare a una mentalizzazione in profondità dei propri problemi*, tranne che nei pochi abusanti con personalità nevrotica (Balier, 1992; Del Taglia, 1990; Van Gijseghem, 1988; cit. in Malacrea, 1998). Talvolta perdura addirittura un'attitudine generale di legittimazione della condotta delinquenziale, basata sul disprezzo di donne e bambini e

sull'assenza del rimorso (Marshall, 1999). Altre volte la stessa dinamica difensiva porta a "fughe nella salute", nell'illusione che asserire che "non accadrà più" possa scongiurare recidive e rendere inutile ogni approfondito contatto con se stessi e la conseguente elaborazione mentale (Ghezzi, Di Guglielmo, 2001).

La coesione e la resistenza dell'assetto difensivo negatorio rendono arduo e peculiare il percorso terapeutico, sulle cui fasi e sui cui rischi bene si soffermano gli autori sopra citati.

Come è facile supporre, quello che appare una pericolosa distorsione personale dei meccanismi difensivi (pur nella variabilità dei profili), *non può non avere ricadute sul piano degli accertamenti giudiziari.*

De Jong (1998) offre una revisione della letteratura americana a riguardo delle percentuali di accettazione dell'imputazione (in tutte le sue forme) nei casi di sospetto abuso sessuale. I risultati sono piuttosto convergenti: dall'84 all'87% dei casi non archiviati durante le indagini preliminari (per altro pochi) terminano con la *confessione dell'imputato*, mentre solo per il 13-16% si celebra un processo.

Non ci pare che questo quadro, relativo a ricerche effettuate negli Stati Uniti, rispecchi la *realtà italiana*, che appare assai più improntata alla persistente negazione della propria colpevolezza da parte degli abusanti. Tale negazione sovente continua non solamente durante il lungo tempo dell'espletamento di tutti i gradi di giudizio, ma anche dopo che il processo ha avuto come esito una condanna definitiva.

E' possibile che sistemi legali come quello americano, che offrono più possibilità di alternative alla condanna (pensiamo all'istituto della "probation") riescano maggiormente a incoraggiare l'assunzione di responsabilità da parte dei vittimizzatori; è anche non impossibile che il fatto che da più tempo la questione degli abusi all'infanzia sia stata in quella nazione al centro dell'attenzione, sia degli 'addetti ai lavori' che dell'opinione pubblica (come ricorda Bernet, 1997), possa facilitare mentalmente l'autoriconoscimento da parte dell'abusante di essere parte di un problema diffuso, che per ciò stesso perde un po' delle sue caratteristiche di mostruosità. Non è inutile ricordare che negli Stati Uniti già nel 1875 lo stato di New York aveva adottato una legge di protezione dei bambini, dopo il clamoroso stimolo venuto dalla scoperta della situazione di Mary Ellen, a cui nel 1874 era stato possibile portare soccorso soltanto attivando la Società di prevenzione della crudeltà sugli animali; e dalla individuazione della "battered-child syndrome", da parte di Kempe e coll. (1962), in poi, la ricerca ha continuato a occuparsi intensivamente del problema.

Resta il fatto che, nella situazione italiana, finora l'atteggiamento degli abusanti sembra ancora risentire massicciamente e rigidamente dei meccanismi di negazione che caratterizzano l'assetto difensivo di chi commette abuso sessuale.

In ogni caso, anche nei contesti in cui l'ammissione di colpevolezza arriva alla fine del procedimento giudiziario, è raro poter contare su tale evento precocemente, con ovvia semplificazione del percorso valutativo sui sospetti abusi.

4. PROCEDURE DI VALUTAZIONE

4.1 La prospettiva storica

Diventa quindi imperativo sviluppare sistemi di valutazione affidabili e condivisibili delle situazioni di presunto abuso sessuale, tenuto conto che il principale oggetto di indagine non potrà che essere la piccola vittima, che, in assenza di riscontri esterni (per via della segretezza dell'abuso) e di contributi decisivi all'accertamento da parte dell'altro termine della relazione perversa (l'abusante), diventa la chiave di volta dei segnali e delle informazioni che possono condurre i professionisti della salute a riconoscere la situazione traumatica. Altrettanto importante è considerare che un erroneo ragionamento diagnostico, per difetto o per eccesso, potrebbe avere gravi conseguenze sia sul piano propriamente clinico sia anche su quello giudiziario, trattandosi di situazioni in cui evento reale illegale e conseguenze patologiche dello stesso si intrecciano strettamente. Anche nel caso di

valutazione corretta, del resto, le prospettive di intervento che ne derivano sono fortemente influenzate dalla componente di reato del fenomeno, imponendo al clinico particolari assetti della presa in carico protettiva e terapeutica, che tengano conto della opportunità di maneggiare la crisi collegata all'emergere dell'abuso. L'eco giudiziaria, infatti, risulta spesso molto impegnativa, sia per l'investimento di energie che richiede lo svolgersi delle procedure legali sia per le conseguenze pesanti sul piano di realtà.

Quanto sopra influenza inevitabilmente anche la questione dei *tempi di valutazione*, che non possono distendersi liberamente all'interno di un percorso già terapeutico, come accade in molte patologie di natura psichica: è necessario infatti che almeno gli aspetti principali dei fatti traumatici vengano alla luce presto, per poter avviare le condizioni di protezione indispensabili, sia sul piano civile che penale, all'interno delle quali sarà poi possibile affrontare la riparazione del trauma.

Faller (1993, 1995) sintetizza *l'evoluzione nel tempo dei criteri di presa di decisione* che i professionisti hanno via via adottato, nello sforzo di sistematizzare linee-guida per l'operatività. Gli schemi valutativi analizzati e sottoposti a confronto sono 12 e si distendono in un arco di tempo che va dal 1982 al 1993. Gli autori, tra i più presenti e autorevoli nell'area dell'abuso all'infanzia, comprendono Sgroi, De Young, Levant, Sink, Corwin, Jones e McGraw, Conte, Benedek e Schetky, Wehrspann, Heiman, vari autori che hanno messo a punto il CBCA, e la stessa Faller.

Un primo dato confortante che emerge da questa lodevole revisione e messa a punto, è il fatto che c'è una *generale convergenza sui fattori orientativi della valutazione* che i vari studiosi ritengono importante tenere in considerazione.

Tutti gli schemi valutativi includono dati provenienti dall'*intervista* col bambino, dando spesso a tale pratica un ruolo centrale. I fattori più frequentemente citati come importanti a tale riguardo sono i dettagli specifici dell'abuso, lo stato emotivo congruente con il racconto, l'avanzata conoscenza in materia sessuale, la costanza nel tempo degli eventi descritti, la capacità di raccontare dal proprio punto di vista ed elementi connessi alla segretezza (riluttanza a svelare, ricordo di aver ricevuto l'ingiunzione di non parlare).

Quanto a dati di altra origine, 8 schemi su 12 citano i *reperiti medici*, 7 sottolineano una varietà di *sintomi di natura non sessuale* come importanti indicatori (disturbi del sonno, del controllo sfinterico, paure ecc.), 5 danno rilevanza ai *comportamenti sessualizzati*.

Nessuno attribuisce un ruolo determinante, invece, all'indagine psicologica del presunto abusante o a informazioni provenienti dal genitore non abusante o relative alla storia della coppia.

Tuttavia va anche rilevato che su non poche aree non c'è convergenza dei criteri valutativi adottati, o addirittura si verifica contrasto, relativamente sia ad aspetti delle dichiarazioni del bambino (c'è chi giudica più credibile un bambino reticente e chi lo trova più convincente se capace di eloquio spontaneo), sia agli altri indicatori (ad esempio, non tutti attribuiscono la stessa importanza ai sintomi aspecifici di sofferenza psicologica). Ciò deriva dal fatto che queste linee-guida molto risentono dell'esperienza clinica maturata dal singolo autore, più che da ricerche sistematiche, ed esprimono quindi ancora un modo di procedere sostanzialmente intuitivo.

Nello stesso senso può essere letto il fatto che la maggioranza degli schemi valutativi non affronta il punto importante del peso specifico che i vari indicatori raccolti devono assumere nel ragionamento diagnostico, nè di quanti fattori debbano convergere nel singolo caso per portare alla conclusione dell'esistenza fattuale dell'abuso sessuale. Prevale, nei pochi che considerano la questione sopra esposta, la *preoccupazione di individuare, se mai, uno o due elementi-chiave*, intorno ai quali tutti gli altri prendono posto in modo complementare: in questi casi, *il fulcro è sostanzialmente costituito dalle affermazioni del bambino*.

Una conferma del tutto peculiare di quanto sopra ci viene da un recente studio di Peters (2001). L'autrice ha costruito un disegno sperimentale, in cui a un gruppo di esperti e a un gruppo di studenti veniva chiesto di emettere una "valutazione sulle carte" di alcune situazioni di sospetto abuso sessuale. Lo scopo dello studio era capire *da quali indicatori, appunto, venissero guidate le prese di decisione* degli intervistati nel leggere situazioni che ne contenevano alcuni. Gli indicatori messi a disposizione sono stati quelli più comunemente ritenuti interessanti da chi opera nel campo, e

precisamente le dichiarazioni, gli aspetti sintomatici e comportamentali, il gioco con le bambole anatomiche, l'atteggiamento emotivo del bambino durante l'intervista. Nel confezionare le situazioni da sottoporre ai partecipanti allo studio ci si è basati su casi reali, identici tra loro per tutta una serie di caratteristiche (sesso, età, situazione familiare ecc.) e diversi solo per gli indicatori selezionati. La particolarità è consistita nel fatto che i casi sono stati decostruiti in ordine alle quattro variabili di cui rilevare l'importanza nel processo valutativo, ciascuna raddoppiata in direzione supportiva di una diagnosi di abuso o in direzione non supportiva, arrivando ad assemblare situazioni fittizie che non avevano coerenza tra i segnali che contenevano. Per confronto, a tutti i partecipanti venivano sottoposte altre due situazioni, chiamate "àncora", in cui invece tutte le caratteristiche si connettevano congruamente nella direzione di un effettivo abuso e nella direzione di un non-abuso. *Si è voluto quindi, nell'esperimento, azzerare la possibilità di un ragionamento diagnostico, basato su una pluralità di elementi da collegare tra loro, dando rilievo intenzionale al ruolo di ipotetici "segnali pesanti", capaci anche nella incoerenza del quadro globale, di determinare la valutazione.*

I risultati sono in un certo qual senso ovvi. *Gli indicatori più decisivi sono per tutti le dichiarazioni dettagliate del bambino e il quadro sintomatico* (di più per gli esperti). Circa le bambole anatomiche molti esprimono una diffidenza pregiudiziale, di conseguenza attribuendo poco peso valutativo al gioco espresso dal bambino con questo strumento. Simile è l'esito per l'atteggiamento del piccolo all'intervista. *In pratica, commenta l'autrice, ci si attiene ai dati "sicuri", poco passibili di inferenze e interpretazioni.* Non stupisce neppure che *poche siano le differenze* nella valutazione tra esperti e studenti. Se mai, va riconosciuta ai primi una maggiore prudenza sia nel caso di valutazioni positive che di valutazioni negative: in quest'ultimo caso, la prudenza coinvolgeva anche la situazione "àncora" corrispondente, indicando che, in quadri dubbi e poveri di informazioni, gli esperti esitano a prendere partito per la non sussistenza dell'abuso perchè sanno quanto il percorso della venuta alla luce dell'esperienza di vittimizzazione possa essere lungo e tortuoso. Si è notato anche che negli esperti il livello di confidenza, cioè di sicurezza, delle proprie opinioni è più basso: e ciò si addice a diagnosi fittizie in cui è artificialmente precluso il conforto della costruzione di un logico ragionamento diagnostico, che rintracci nel caso un funzionamento compatibile con l'ipotesi di sussistenza o meno dell'abuso.

Dall'esperimento di Peters viene in definitiva un insegnamento utile. *Se togliamo ai professionisti la possibilità di individuare connessioni tra diversi elementi realmente afferenti al medesimo caso e quindi per forza legati da una coerenza interna, anche se non facilmente ricostruibile, e impediamo loro quello in cui meglio dovrebbe esprimersi la capacità diagnostica, e cioè il formulare ipotesi in cui il maggior numero possibile di dati disponibili possa trovare logico posto, non ne può che risultare un **appiattimento della funzione valutativa** (esperti e studenti non si differenziano più di tanto) e una **permanente incertezza del proprio giudizio**.* Non a caso, mentre nello studio di Peters gli studenti avevano quasi sempre lasciato in bianco la casella della richiesta di ulteriori informazioni, gli esperti avevano invece fatto presente molte curiosità (la visita medica, le dinamiche familiari, le caratteristiche del bambino precedenti il sospetto di abuso ecc.), nel tentativo di dar corso comunque a una qualche forma di ragionamento diagnostico.

Questa preoccupazione sembra essere ben presente almeno a Heiman (1992), eccezione lodevole nel panorama generale, che, pur non distinguendo tra informazioni più o meno importanti ai fini della valutazione, *delinea almeno le aree in cui è indispensabile raccoglierle per avere una visione il più possibile completa del caso.* L'autore suggerisce di considerare: la storia dei sintomi, sia di natura sessuale che non sessuale; le dichiarazioni del bambino con attenzione sia ai contenuti che allo stile delle stesse; l'analisi dei vissuti che possono formare la sequela dell'esperienza traumatica (facendo riferimento al noto schema di Finkelhor e Browne del 1985, e cioè impotenza, tradimento, sessualizzazione traumatica, stigmatizzazione); nonchè ogni rilievo fattuale con valore probatorio (interrogatori di polizia, dichiarazioni a terzi, reperti medici).

Più recentemente Kuhlenle (1996), dopo i consueti avvertimenti circa le insidie della valutazione, che meglio saranno dettagliati nel prossimo paragrafo, conclude tuttavia che le informazioni derivate dall'osservazione del comportamento, dai tests proiettivi e dalle dichiarazioni del bambino sono tutte

importanti, anche se nessun elemento isolato può ritenersi conclusivo. Richiama quindi *la necessità di organizzare, interpretare e integrare dati derivanti da multiple fonti*; altrettanto importante è considerare accuratamente le possibili ipotesi alternative che possono connettersi sensatamente al quadro osservativo.

D'altro canto si può dire che nei tempi più recenti si affaccia più consistentemente la consapevolezza che una semplice e intuitiva giustapposizione di indicatori non sia più sufficiente ad esaurire il compito impegnativo della valutazione nelle situazioni di sospetto abuso.

Già più di dieci anni fa Sink (1988) distingueva tra il grado di certezza che può consentire al clinico di allertarsi a riguardo di un sospetto abuso, di arrivare a ritenerlo probabile e programmare gli indispensabili approfondimenti diagnostici o il relativo trattamento, e il grado di certezza che occorre raggiungere per arrivare ad una prova in sede legale. Fa pensare il constatare che, mentre i dati necessari al primo tipo di valutazione sono tutti, con gradazioni diverse di specificità, di natura psicologica, per le situazioni del secondo tipo siano previsti invece riscontri medici e rivelazioni con alto grado di precisione, meglio se con dimostrazioni attraverso le bambole anatomicamente corrette. *Già si affaccia indirettamente il pensiero che indicatori propri delle usuali diagnosi psicologiche, sebbene anche fortemente suggestivi, non possano reggere in un'arena come quella legale; e forse, aggiungono tra le righe i lavori più recenti, non sono neppure sufficienti per una affidabile diagnosi clinica.*

Pure metodi concepiti come strumenti sofisticati non sembrano confermarsi del tutto soddisfacenti al vaglio di una critica più esigente. Questo sembra essere l'indicazione che ci viene da Faller (1995), nella sua analisi dei punti deboli del CBCA, pure considerato una griglia valutativa di tutto rispetto delle dichiarazioni del bambino. In questo sistema appare insufficiente la giustapposizione di criteri di credibilità senza l'indicazione nè della differenziazione dovuta al livello evolutivo, nè del diverso peso specifico, nè dei minimi di ottemperanza, quantitativi e qualitativi, necessari per arrivare ad un giudizio di validità delle affermazioni: non ultimo appare limitativo il fatto di poter sottoporre a tale analisi soltanto racconti spontanei, infrequenti nelle situazioni di abuso.

Ancor più radicalmente, Berliner e Conte (1993) sembrano dare per primi un *duro colpo allo stesso concetto guida di tutti gli schemi valutativi precedenti* e alla confidenza nelle potenzialità validate dei professionisti della salute. Gli autori sollevano riserve sul metodo che si basa sugli indicatori, che è quello generalmente adottato da tutti gli schemi diagnostici sopra descritti, passati in rassegna da Faller (1995). Essi citano il disaccordo tra i valutatori sull'importanza da dare ai vari dati, e soprattutto sottolineano che anche in assenza di significativi indicatori non si può escludere che il bambino sia stato comunque abusato. Ipotizzano che la convergenza tra i clinici vada piuttosto ricercata intorno ai metodi corretti con cui raccogliere le informazioni, *invitando i professionisti ad accettare come ineludibile il rischio legato alla costruzione del ragionamento diagnostico più conveniente nei singoli casi.*

4.2 La prospettiva empirico-scientifica

Negli anni più recenti, ancora maggiore sembra essere diventata la preoccupazione per un utilizzo degli indicatori troppo intuitivo e basato unicamente sul proprio osservatorio clinico. Proviamo a considerare i suggerimenti e gli ammonimenti di chi (studiosi, ma anche professionisti in prima linea) tiene al fatto *che una corretta conoscenza della ricerca sperimentale informi l'attività dei professionisti nella pratica.*

Kuehnle (1998) auspica che si instauri un filo diretto tra le esperienze di chi studia il fenomeno da un punto di vista scientifico e quelle di chi opera quotidianamente nei singoli casi. Ciò potrebbe scongiurare il rischio di farsi fuorviare da pregiudizi costituiti, sia pure in buona fede, a causa della ristrettezza del proprio campo d'azione e del ricorso a sistemi diagnostici di cui non sono ben note la sensibilità e specificità in situazioni tanto difficili. I professionisti della salute mentale, poi, dovrebbero stare in guardia dal trasferire troppo automaticamente le proprie procedure di indagine a un fenomeno che, pur gravido di conseguenze psicologiche che meritano un'accurata diagnosi, si

configura come un evento reale: e come tale va validato. Ne consegue che allo stesso tipo di evento possano corrispondere molteplici esiti, sul piano comportamentale e dell'assetto del mondo interno, a seconda del bilancio di volta in volta raggiunto tra caratteristiche traumatiche dell'abuso e fattori di protezione individuali, familiari e sociali che possano contrastarne gli effetti negativi (per una trattazione più dettagliata di tale bilancio, si veda il cap.I).

L'autrice prende in considerazione singolarmente le *aree solitamente esplorate dai valutatori*, e cioè i comportamenti sintomatici, le dichiarazioni del bambino, l'assetto del mondo interno, mettendo a fuoco in modo critico proprio quelle procedure su cui i professionisti in prima linea sembrano fondare le loro sicurezze valutative. Nel confronto con la ricerca sperimentale, ne risulta un quadro, viceversa, di grande aleatorietà e *non univoca interpretabilità* dei dati ottenibili con quelle procedure.

Nell'area dei *comportamenti sintomatici*, ad esempio, viene sottolineato che i professionisti dovrebbero tenere ben presente quanto è probabile che paure, incubi, eccessiva dipendenza, segni anche vistosi di disagio, possano essere presenti nella popolazione infantile normale, specie in età pre-scolare; per contro va anche rilevato che bambini abusati sono spesso asintomatici (fino al 49%), come rilevato da una revisione di 45 ricerche pubblicata da Kendall-Trackett, Williams e Finkelhor (1993).

Anche riguardo ai comportamenti sintomatici da tutti riscontrati come più specifici dei bambini abusati, i *comportamenti sessualizzati*, l'autrice avverte che è prudente rammentare le frequenze di base degli stessi nella popolazione non abusata. Nell'acquisire i dati normativi del Child Sexual Behavior Inventory, Friedrich e coll. (1992) hanno constatato che nessuno degli atteggiamenti inseriti nello schema era completamente assente nei bambini normali. Va inoltre tenuto presente che la riproduzione di attività sessuali adulte potrebbe essere l'esito non di un'esperienza diretta, ma dell'essere stati inseriti in un contesto familiare e/o sociale promiscuo e senza barriere generazionali: Friedrich (1997) cita quest'ultima evenienza come il secondo fattore, dopo l'abuso, che può far prevedere lo sviluppo nel bambino di comportamenti sessualizzati.

Tuttavia, più recenti dati della ricerca puntualizzano viceversa che particolari riproduzioni della sessualità adulta, come mimare un rapporto sessuale o mettere la propria bocca a contatto con i genitali, sia nei confronti di adulti che di coetanei, può essere considerato *del tutto specifico* dei bambini abusati (Friedrich e coll., 1996).

Nel campo invece delle interviste al bambino, Kuehnle (1998) concentra la sua attenzione sull'uso delle *bambole anatomicamente corrette*. Anche su questo, la sua puntuale analisi tende a smontare l'indebita fiducia riposta dai professionisti in questo strumento, citando ricerche sperimentali precedenti. Per partire come sempre dalla conoscenza accurata delle frequenze di base, vengono citati studi di Everson, Boat (1990, 1994). Da essi risulta che una notevole quantità di bambini in età pre-scolare (dall'80 al 40%, diminuendo quanto più il bambino cresce) reagisce alle bambole svestendole ed esplorandone le cavità e le parti chiaramente sessualizzate, come espressione di una innocente attività esplorativa. Quanto alle attività mimate con le bambole, posizioni "suggestive" di un rapporto sessuale (bambole poste una sopra l'altra senza però inserzione del pene in vagina) non risultano infrequenti (fino al 25%). Pur essendo invece decisamente rari atteggiamenti chiari di tipo penetrativo, vaginale, anale, orale, anche questi non sono del tutto assenti nei bambini non abusati (nel 4-5%). Se per questo tipo di elementi già non si può parlare di conclusività dei segnali dati dalle presunte vittime a contatto con quel materiale, quanto meno è indicato dare rilievo a comportamenti ancor più sfumati, come disagio, evitamento, o al contrario vivace interesse.

L'autrice conclude che forse la posizione più equilibrata è quella assunta da Everson e Boat che, senza nè enfatizzare nè demonizzare le bambole (in particolare, il rischio che queste siano altamente suggestive di attività sessuali, anche nei bambini che non ne hanno alcuna precedente conoscenza, come alcuni pretendono, non è supportato dalla ricerca), ce ne si può servire con prudenza ed evitando ogni induzione come *facilitatori della comunicazione col bambino*, sia dal punto di vista emotivo (aiutarlo ad entrare in argomento e a prendere contatto con gli eventuali ricordi traumatici), sia da quello cognitivo (nominare le parti del corpo e poter dimostrare qualcosa che è difficile spiegare con le parole).

Veniamo ora ai *tests*, sia sotto forma di *rilevazioni sistematiche di aspetti del comportamento*, sia come *proiettivi* rilevatori dell'assetto del mondo interno.

Nel primo genere di strumenti, Kuehnle rileva che validità può essere riconosciuta, su base sperimentale, soltanto a due "scale": il Child Sexual Behavior Inventory, specie nell'ultima versione di Friedrich (1997), e il Trauma Symptom Checklist for Children di Briere (1996); anche di questi strumenti vengono messi a fuoco *particolari items*, più specifici di altri.

Quanto ai tests proiettivi, vengono citate numerose ricerche che hanno constatato *differenze inconsistenti tra abusati e non* nel test di Rorschach come in altri proiettivi comunemente usati; ancora più incerto è quanto emerge dai *disegni* dei bambini, soprattutto se si vanno a ricercare elementi anatomici sessuali nella figura umana, comportamento poco frequente sia nei bambini abusati che normali.

Poole e Lindsay (1998) propongono anch'essi di ripensare completamente le valutazioni effettuate nei casi di sospetto abuso, per metterne a fuoco l'accuratezza alla luce delle più recenti conoscenze derivate da studi sperimentali.

Partono, come Faller (op. cit.), da una revisione storica del percorso che dalla descrizione clinica delle conseguenze dell'abuso (Summit, 1983) è arrivato gradualmente a constatare che tali elementi osservativi non potevano di per sé essere affermati come diagnostici, ma soltanto utili per sollevare un legittimo allarme rispetto alla possibile sussistenza di un abuso. Le tappe successive hanno comportato un ridimensionamento della confidenza in tali indicatori clinici, sia verificando il relativo riscontro degli stessi anche in gruppi di bambini non abusati, sia considerando che anche altri fattori, indipendenti dall'abuso (per esempio i cambiamenti delle condizioni di vita a cui i bambini sospetti abusati vanno incontro) potevano contribuire in qualche misura ad originarli.

Gli autori analizzano poi alcuni elementi, da cui sovente si traggono inferenze circa la probabile sussistenza dell'abuso e di tutti vengono evidenziate le debolezze messe in luce dalla recente ricerca (riluttanza ad ammettere l'abuso; indicatori comportamentali; caratteristiche della rivelazione, come stato emotivo o presenza di particolari dettagli; tecniche proiettive, focalizzate soprattutto sul gioco con le bambole anatomiche; contesto familiare, con riguardo alla situazioni di separazione conflittuale).

La conclusione è che, *nella aleatorietà dei segnali* e non esistendo garanzie che la convergenza degli stessi, se questi in partenza non sono significativi, possa dar luogo a più che una mera illusione di maggiore sicurezza diagnostica, solo concentrandosi sui metodi per ottenere dai bambini *racconti inequivocabili* si potrà uscire dal tunnel che il problema della valutazione dei sospetti abusi sembra avere imboccato. Tuttavia, avvertono, anche questa strada è irta di rischi, perchè non è affatto facile preservare tali racconti da suggestioni che ne possono vanificare la validità.

Dopo queste impietose rassegne, a che conclusioni si può giungere? Kuehnle risottolinea che *gli "indicatori" non possono certo essere ignorati ma, per l'appunto, non possono che essere tali*, e quindi avere la sola funzione, pure importantissima, di risvegliare la preoccupazione intorno ad un sospetto, che, per essere sciolto, avrà però bisogno di mezzi di indagine più incisivi della reazione impressionistica a singoli fattori: *unica eccezione, la comparsa di comportamenti sessualizzati molto specifici*, come già sopra dettagliato. Anche Poole e Lindsay chiariscono nelle conclusioni che *l'attenzione critica dedicata al vigoroso ridimensionamento dei mezzi usualmente considerati diagnostici dai professionisti non può che rilanciare la ricerca* non solo per rendere più significativi i singoli indicatori ma per promuovere anche la considerazione sempre più ampia delle variabili in gioco e intrecciate in ogni caso.

Alla fine, quindi, ciò che risulta in questione non sono i singoli dati, ma il ragionamento diagnostico: gli stessi elementi infatti (altri in effetti non sono disponibili), se messi in relazione in modo complesso, che tenga conto anche di quanto la matrice psicologica e relazionale di base possa avere influenzato il quadro attuale, possono comporsi in una visione articolata che acquista in tal modo senso e consistenza.

Una linea di pensiero analoga segue Dammeyer (1998), che, come Kuehnle e Poole e Lindsay, si propone di esaminare criticamente come i clinici arrivano a decidere se un bambino sia stato o meno

abusato, e come potrebbero integrare nell'operatività i risultati della ricerca sperimentale. In un certo senso il suo articolo assume come punto di partenza quello che è il punto di arrivo degli altri autori: ritiene infatti scontato che debba essere adottato un metodo valutativo ampio e completo; ma, nota, *ben poche sono le indicazioni su come i professionisti possano dare senso a quello che potrebbe costituire alla fine non più che un miscuglio sempre più ingarbugliato di indicatori, con il rischio che di nuovo i criteri di attribuzione di rilevanza siano dettati più da pregiudizi personali che da fattori oggettivi.*

Partendo da fonti di informazione multiple, costituite dalla revisione degli strumenti valutativi concretamente utilizzati dai diagnostici (Conte e coll., 1991; Kendall-Tackett e Watson, 1992), dalle linee-guida compilate dagli esperti (APSAC, AACAP) e dalla dichiarazione di consenso di cui è estensore Lamb (1994), arriva a stilare una graduatoria delle procedure più frequentemente usate nella valutazione dei sospetti abusi sessuali, che, in ordine di rilevanza, sono: la visita medica; l'analisi delle dichiarazioni del bambino; informazioni ricavate attraverso l'uso di strumenti come le bambole anatomicamente corrette, i disegni, il gioco, con funzione integrativa e dimostrativa delle dichiarazioni verbali; la valutazione dei comportamenti sessualizzati; elementi ricavati dai tests.

Mentre sugli ultimi tre strumenti, le considerazioni di Dammeyer (1998) sono del tutto simili a quelle degli autori precedentemente citati, con il riferimento sostanzialmente alle stesse fonti bibliografiche, può essere opportuno riportare qualche considerazione aggiuntiva per quanto riguarda i primi due.

Quanto alla *visita medica* (si veda per il dettaglio delle informazioni il paragrafo che affronta nello specifico questa area di indagine), l'autore osserva, sulla scorta della letteratura, che le evidenze considerabili come conclusive (gravidanza, malattie sessualmente trasmesse, presenza di sperma in vagina) sono presenti in una minoranza di casi. Sulla valutazione di segni meno specifici, ma di più frequente rilievo, non c'è invece accordo tra i medici, quanto all'interpretazione da attribuire: anche sulla sussistenza di tali reperti inoltre incidono negativamente la variabilità dei segni lasciati dall'abuso (diversa plasticità e capacità di guarigione dei tessuti) e le diverse forme che le interazioni sessualizzate possono assumere (ovviamente rapporti orogenitali non lasciano traccia). *Quindi, nonostante sia il più frequente indicatore in cui i valutatori sembrano confidare, non c'è oggettiva ragione per tale convinzione.*

A proposito delle *dichiarazioni del bambino*, Dammeyer parte da una constatazione apparentemente rassicurante circa la bassa frequenza delle false denunce (dal 2 all'8%) secondo la maggioranza dei ricercatori che se ne sono occupati: ciò dovrebbe far supporre che quando un bambino inizia una rivelazione è altamente probabile che riguardi fatti realmente accaduti. Tuttavia, la stessa incidenza di falsi positivi rilevata non può non risentire delle procedure validate adottate per confermare o escludere un sospetto di abuso sessuale; esistono inoltre situazioni insidiose, come quelle delle accuse sorte nel corso di un divorzio; non va poi sottovalutato il rischio che improprie tecniche di intervista possano contaminare le dichiarazioni del bambino. L'autore conclude che, *in condizioni ideali (assenza di fattori di contaminazione), le rivelazioni possono anche costituire un indicatore molto solido: sfortunatamente è molto difficile capire se queste condizioni ideali sono state rispettate*; un ulteriore fattore di complicazione è anche il fatto che, pure se le dichiarazioni sono state contaminate, ciò non esclude che il bambino sia stato davvero abusato.

Torniamo quindi al punto di partenza: basarsi sugli indicatori espone il valutatore a troppa aleatorietà del giudizio, anche considerando quelli comunemente ritenuti più rilevanti e "sicuri". Tuttavia, ciò non esclude affatto, nota Dammeyer, che, se le varie fonti di informazione sono correlate tra loro, possano legittimare la valutazione, che sempre più, quindi, deve caratterizzarsi come ampia e articolata. L'autore suggerisce in più che il professionista stabilisca una sorta di "a priori" dei minimi necessari per raggiungere una valutazione positiva, evitando di farsi trascinare da ragionamenti "a posteriori" eccessivamente fluidi e variabili.

Anche Faller (1995), dopo avere citato la posizione scettica di Berliner e Conte (1993) sul cosiddetto "approccio attraverso gli indicatori" (vedi paragrafo precedente), conclude che probabilmente una posizione così estrema non è giustificabile e che *sia la considerazione e la scrematura degli indicatori*

più significativi, sia l'attenzione alle procedure con cui raccogliarli sono ugualmente importanti ai fini della messa a punto di corrette ed esaustive valutazioni nei casi di sospetto abuso.

Poole e Lamb (1998) affrontano invece in modo inquietante i molteplici *errori di impostazione* in cui i valutatori possono cadere quando costruiscono il ragionamento diagnostico. Se gli autori precedentemente citati aprono una finestra sulla debolezza dei "mattoni" che costituiscono la valutazione, qui è in gioco la base scientifica della "tecnica di costruzione". *Ignorare le regole del ragionamento scientifico, specie quando si trattano situazioni in cui la diagnosi può essere stabilita non attraverso elementi certi, ma con un giudizio di probabilità e nella connessione di fattori molto variegati, può portare sistematicamente fuori strada.* Simile preoccupazione, anche se molto marcata da una vena polemica e inquadrata con minore rigore scientifico, sembra animare in Italia Gulotta (1997), che riprende il tema delle possibili fonti di errore nel ragionamento diagnostico.

Tornando a Poole e Lamb (op. cit.), dalla loro minuziosa analisi, corredata di esempi, risultano infine indicazioni che dovrebbero preservare i professionisti della salute mentale dal rischio di finire in vicoli ciechi dalle incalcolabili conseguenze.

Viene raccomandato in primo luogo di *non lasciarsi guidare da conoscenze episodiche*, basate soltanto sulla propria o altrui esperienza clinica: occorre invece individuare con chiarezza quali indicatori possono davvero distinguere i gruppi diagnostici e considerare come le frequenze di base di quegli stessi indicatori nella popolazione normale ne influenzino la rilevanza ai fini valutativi. Gli autori suggeriscono poi di *considerare sistematicamente i motivi per cui si potrebbe essere nell'errore*: è facile infatti che, una volta concepita un'ipotesi, si proceda valorizzando ciò che la conferma e scotomizzando ciò che la contraddice. Questo rischio diminuisce se ci si abitua a giustificare per iscritto le ragioni del proprio giudizio, e se si cerca sistematicamente l'informazione che potrebbe capovolgere le nostre conclusioni.

Bisogna anche ricordare che *la memoria è selettiva*: tenere un'accurata documentazione scritta delle varianti importanti dei casi trattati impedisce di costruire l'esperienza clinica su dati selezionati e collegati arbitrariamente. Ancor più servirà *ancorarsi a precisi standard* di valutazione e a criteri condivisi di raccolta delle informazioni utili, o almeno esplicitare anticipatamente i propri criteri.

Come si vede, la prospettiva empirico-scientifica sembra aver sposato la causa di decostruire le certezze, in parte ingenua e infondate, che avevano contraddistinto la prima fase di attenzione agli abusi sessuali sui bambini. Tuttavia, valutazione va fatta e bisogna trovarne i modi migliori con le conoscenze attualmente disponibili.

4.3 La prospettiva forense

Vediamo ora se qualcosa cambia, e cosa, se si opera con un committente legale invece che in un contesto clinico.

Abbiamo visto che, *anche per chi opera nel secondo contesto, molte variabili che stanno a cuore agli esperti giudiziari sono ugualmente importanti.* Identica si pone la questione di una "diagnosi" particolare, che non può comprendere solo una valutazione del mondo soggettivo, ma deve arrivare a comprovare o ad escludere l'esistenza di una situazione traumatica sul piano reale; infatti da questo accertamento dipende in larga misura il progetto di protezione, e di conseguenza quello di trattamento, che non può prescindere dal primo. Mapes (1995) precisa che qualsiasi tipo di accertamento valutativo, clinico o giudiziario, è contraddistinto dal fatto di partire da uno specifico sospetto, da chiarire attraverso procedure d'indagine, meglio se standardizzate da linee-guida; e che tale sospetto definisce sia lo scopo della valutazione che il ruolo del valutatore: pone quindi sostanziale identità di mezzi e obiettivi.

L'accuratezza e la completezza della valutazione sono d'obbligo in ambedue i contesti, e anche i tempi di essa dovranno essere ugualmente celeri, se si vuole evitare che ingiustificati temporeggiamenti finiscano per aggravare la situazione, sia contaminando il quadro iniziale, e rendendolo ancora più difficile da decodificare, sia dilazionando pericolosamente gli interventi riparativi necessari.

La scelta oculata degli strumenti d'indagine e la scrupolosa correttezza nella loro applicazione, nonché il costante aggiornamento scientifico, sono richiesti in egual misura al clinico e al perito giudiziario. Resta fermo che i principi di base a cui aderire nell'effettuare la diagnosi saranno quelli impiegati in ogni completa valutazione psichiatrica (Bernet, 1997), a partire da un'accuratissima ed estesa anamnesi sul bambino e sul suo ambito familiare, procedura sottolineata unanimemente con grande enfasi.

Inoltre, *anche per chi opera in veste forense è necessario considerare che il proprio compito ha per fulcro principale un bambino, per definizione soggetto debole e al momento particolarmente vulnerabile, a causa della possibile situazione traumatica vissuta, nonché per lo scombussolamento indotto dalle stesse procedure valutative. Gli è quindi dovuto un atteggiamento rispettoso della sua fragilità e teso soprattutto ad evitargli, mentre si vuole arrivare a capirlo e proteggerlo, ulteriori complicazioni e sofferenze. In tal senso si esprimono Bernet (1997) e Carnes e coll. (1999): partendo, come meglio si dettaglierà in seguito, dall'intento di delineare le regole di un buon intervento valutativo come esperti giudiziari, gli autori tengono a sottolineare che il tono e la quantità degli incontri a cui sottoporre il piccolo periziando devono tenere conto della necessità di non disturbarlo e di non impedire ad altre relazioni di natura supportiva e francamente terapeutica di decollare nel tempo più breve possibile.*

E' interessante anche che ambedue i lavori citati (di cui il primo, ricordiamo, è espressione del pensiero dell'AACAP) contengano *decise raccomandazioni di integrare le funzioni di accertamento con funzioni supportive del bambino o di chi se ne prende cura.*

Carnes e coll. (1999) svolgono i loro approfondimenti delle rivelazioni incoraggiando l'intensità della relazione tra il piccolo e l'adulto supportivo, fornendo a quest'ultimo sussidi per aiutarlo a meglio orientarsi (per esempio un manuale che descrive il sistema istituzionale di protezione dell'infanzia e il sistema legale), e consentendo loro di partecipare almeno ai primi incontri col figlio fatti dal valutatore. Gli autori concludono che tale pratica è la migliore garanzia di successo dell'approfondimento e quindi "ogni azione per supportare chi si cura del bambino, così che questo possa supportarlo a sua volta, è lodevole al fine della accurata determinazione dei fatti" (pag. 251) (trad. it. dell'autore). Quando poi le valutazioni si concludono ancora nell'incertezza, "ogni sforzo viene fatto per mantenere qualche connessione con professionisti del territorio con esperienza sul tema"; nel caso invece che fattori di patologia siano stati alla base del sospetto abuso, che non risulta corrispondere a un'esperienza reale attuale, il caso viene inviato ai servizi di salute mentale competenti. Ce n'è abbastanza per commentare che *una preoccupazione che non possiamo chiamare che clinica è fortemente presente e determinante anche in accertamenti che vorrebbero essere di natura precipuamente giudiziaria: e ciò inevitabilmente, visto l'oggetto dell'accertamento.*

Bernet (1997) precisa che, se richiesto, l'esperto può fare raccomandazioni circa la necessità di *protezione del bambino* e le forme più opportune di questa, può formulare suggerimenti per il trattamento, può esprimere parere anche su fratelli del minore valutato, se ritenuti anch'essi a rischio. Durante gli incontri dedicati alla valutazione la stessa istanza protettiva dovrà determinare a *evitare al bambino il contatto diretto con l'accusato*, calcolando in anticipo l'impatto che tale procedura potrebbe avere sul primo: gli incontri congiunti sono citati come responsabili di false negazioni da parte della piccola vittima. Lo stesso tema riceve univoca sottolineatura (**Ehrenberg et al., 1995, in True and false allegations di Ney; Corwin, 1987; Faller, 1991; come da biblio citata in Bernet, tutta da recuperare**)

Anche per quanto riguarda la *testimonianza in sede giudiziaria*, il valutatore, avverte Bernet, deve prendere in considerazione di dare giudizi sull'opportunità di tale richiesta al bambino, "pesando i rischi e i benefici psicologici per lo stesso" (pag. 437); deve anche riflettere sulle alternative alla testimonianza in aula al cospetto dell'accusato. Anche per l'AACAP, dunque, *la perizia in sede giudiziaria non può dimenticare la particolare qualità del suo oggetto ed esimersi dal prendere atto delle sue necessità sul piano psicologico.*

Tuttavia, non tutto è sovrapponibile tra valutazione clinica e valutazione forense

Corwin (1995) in una breve, ma interessante nota, cerca innanzitutto di dare il giusto posto a ciascuna delle due, senza opporle, ma mettendole in rapporto dinamico. L'autore parte dall'individuazione di tre fasi nel processo di accertamento di un sospetto abuso: quello in cui nasce un allarme sufficientemente fondato per innescare una segnalazione del sospetto in sede istituzionale; quella in cui vengono espletate le procedure valutative propriamente dette, con la raccolta delle informazioni per approfondire il sospetto; e da ultimo, quella della conferma in sede giudiziaria. Nelle mani del professionista è l'adeguatezza della seconda fase, essendo la prima e la terza molto determinate dalla cornice legale. Tuttavia, proprio *migliorando l'efficienza di questo nucleo centrale della valutazione, sia sul piano delle tecniche sia della costruzione del ragionamento diagnostico*, molto beneficio può ricadere anche sulla correttezza della segnalazione iniziale, nonchè sul destino della validazione giudiziaria, che tanta importanza riveste nel generale destino delle piccole vittime.

Fatte salve le molte similarità e connessioni, quindi, tra i due processi di valutazione, vediamo meglio le differenze, come messe a fuoco da Mapes (1995), Bernet (1997) e, più sinteticamente, da Carnes e coll. (1999).

La *prima* sta nel ruolo e nel chi conferisce l'incarico: l'esperto giudiziario, tutti affermano concordemente, è chi assiste il giudice nell'accertamento dei fatti, aiutandolo a comprendere argomenti che esulano dalla conoscenza di persone di legge, facilitando le procedure legali. Egli non agisce quindi, come il clinico, per conto del paziente, ma per conto delle istituzioni, a cui dovranno essere destinate le sue conclusioni. Ne consegue che nel rapporto con il minore e chi lo affianca non ci sarà riservatezza nè segreto professionale, e ciò dovrà essere ben chiarito in premessa con i soggetti da esaminare, pena l'inutilizzabilità della valutazione: Mapes (1995) raccomanda che il consenso informato dei soggetti sottoposti alla diagnosi sia ottenuto in forma scritta.

Proprio questo particolare contesto ha come corollario il fatto che mentre il valutatore che opera come clinico, o come consulente delle istituzioni per la protezione del bambino, può, e deve, dare risposta al "quesito ultimo", e cioè se il piccolo sia stato o meno abusato (Mapes, 1995), nel ruolo forense la sua funzione di appoggio al giudice gli impedisce di emettere simili giudizi, che spettano sul piano legale esclusivamente al giudice stesso; naturalmente all'esperto può essere richiesto di esprimere un'opinione in proposito, che non ha valore definitivo.

La *seconda* differenza, anche se non assoluta, consiste nel *livello di certezza* necessario per arrivare a delle conclusioni, tema in precedenza affrontato anche dal già citato Sink (1988). Ben consapevole dei limiti delle conoscenze scientifiche in questo campo, l'esperto deve tener presente che esistono gradi diversi di certezza: il minimo è il giudizio di probabilità, che in ambito clinico è quanto giustifica la segnalazione di un sospetto abuso; in sede civile basta che le evidenze in una certa direzione superino quelle dell'opposta. In sede penale sono richieste prove "oltre ogni ragionevole dubbio", anche se nel campo della psichiatria è sufficiente che le evidenze fornite siano "chiare e convincenti", e nel campo della medicina si parla di "ragionevole grado di certezza clinica": in ambedue i casi, ciò equivale a quanto è sufficiente per il clinico per emettere una diagnosi e iniziare una corrispondente terapia. In ogni caso saranno escluse speculazioni teoriche, ma il giudizio dell'esperto dovrà fondarsi su dati fattuali, allineati con la ricerca metodologicamente aggiornata.

Un corollario non trascurabile della questione del grado di certezza è quanto si evince dal lavoro di Fisher (1995), di cui si è citata la posizione estremamente severa circa la necessità di evitare, con la propria valutazione, di fuorviare l'ambito legale nella direzione di sicurezze impossibili, e magari portando anche i giudici fuori strada facendo loro ritenere colpevole un innocente. *L'autrice attacca il termine "validation"*, usato dai "padri" della letteratura sull'abuso sessuale, come Summit e Sgroi: la parola, infatti, è tale da promettere più di quanto può mantenere l'operato, pur corretto ed esauriente, dei professionisti della salute mentale, e suggerisce di cambiarlo con "valutazione", che ritiene essere una descrizione più realistica delle competenze e responsabilità degli psicologi. Al di là delle parole è interessante notare che *la situazione sembra essersi ribaltata, tra contesto clinico e contesto forense*: ciò che può essere sufficiente per prendere decisioni nel primo contesto non lo è più nel secondo; con il risultato che il clinico può arrivare a "validare" un sospetto abuso (concludere se un bambino è stato vittima realmente e di conseguenza orientare protezione e terapia), mentre chi aveva

originariamente il compito di "validare", termine tipicamente coniato per l'ambito giudiziario, dovrà astenersi dal farlo.

La *terza* differenza è l'obbligo per il perito di *considerare estesamente tutte le fonti di informazione*, anche derivanti da indagini che esulano dalla sua competenza. Bernet (1997) afferma che l'esperto giudiziario, diversamente dallo psichiatra, emette giudizi che "si poggiano più pesantemente su dati collaterali, come rapporti di polizia, dichiarazioni di testimoni, referti medici, valutazioni di altri membri della famiglia". Mapes (1995) conferma gli stessi concetti, dettagliando ancor più la qualità dei documenti da prendere in considerazione (precedenti penali, documenti scolastici o lavorativi). Per ambedue è imperativo esaminare il presunto abusante, anche se Mapes (1995) rileva che a tale valutazione l'accusato può sottrarsi per diritto (come nel nostro sistema giudiziario). L'accesso a queste fonti d'informazione e soprattutto la possibilità di citarle in giudizio è propria dell'esperto forense, a differenza di ciò che accade per il clinico, che soffre di maggiori limitazioni.

Discutibile è la differenza citata da Bernet (1997) a riguardo della *conoscenza in materia legale*, non limitata ai principi fondamentali, ma estesa anche a sottigliezze o particolarità applicative, nonché ad aspetti procedurali che potrebbero, se non tenuti presenti, rendere formalmente inutilizzabile la valutazione, anche se nella sostanza corretta. Questo è un punto molto delicato, e c'è da chiedersi se possa far difetto a un clinico una conoscenza sia pure molto specifica, ma da cui dipende in così grande misura tutto il destino dei suoi piccoli pazienti; non va inoltre dimenticato che anche chi non svolge un ruolo ufficiale di natura giudiziaria può essere, e spesso è, coinvolto nel processo, di cui sarebbe bene conoscere nel dettaglio le regole. Questa tematica, che concerne più le strategie per produrre con maggiore efficacia la valutazione, che i contenuti della stessa, verrà meglio affrontata nel capitolo V.

Più sfumata ancora appare la questione del rapporto tra chi svolge un ruolo giudiziario e chi riveste un ruolo clinico. Mentre Carnes e coll. (1999) affermano che l'esperto giudiziario non può diventare il terapeuta del bambino, ma deve adoperarsi affinché ne venga facilitato il passaggio ad altro professionista che possa occuparsi di lui stabilmente e senza limitazioni imposte dalla cornice legale, l'AACAP (1997) rovescia il pensiero, dicendo che il terapeuta del bambino non dovrebbe essere incaricato di un ruolo da esperto giudiziario. Chi esercita una funzione clinica, però, dovrebbe rendersi disponibile a condividere le sue informazioni con il valutatore; quest'ultimo auspicio sembra tuttavia attenuato dalla successiva raccomandazione all'esperto di salvaguardare la propria indipendenza di giudizio rispetto alle altre persone coinvolte nel caso, che potrebbero tentare di influenzarlo con le proprie opinioni. *Tale posizione ambivalente, che sembra trasmettere al tempo stesso riconoscimento di importanza e diffidenza nei confronti del terapeuta*, si conferma in due altri punti, pure apparentemente contrastanti: infatti Bernet (1997) afferma dapprima che, fatta salva la differenza di committenti, la valutazione in sede di perizia giudiziaria e clinica non cambiano né nel processo adottato né nelle conclusioni; ma poco dopo avanza l'ipotesi che i terapeuti che si occupano di un caso possano cadere nella trappola di preconcetti dovuti al tipo di motivazione con cui operano, che può annebbiare l'oggettività, e che possano di conseguenza anche alterare la situazione che deve essere osservata.

Per amore di completezza, va citata anche la posizione di Fisher (1995), che estremizza l'inopportunità di rivestire ruoli diversi nello stesso caso (terapeuta e valutatore forense), citando come sostanziale ragione il sospetto che, quando si comportano in questo modo, i professionisti siano guidati da interessi personali di natura economica (guadagnarsi clienti): pur non volendo scotomizzare l'effettiva possibilità che ciò si possa verificare, riteniamo certo più articolate le argomentazioni citate da Bernet.

Dalla teoria alla pratica il passo non sembra così breve comunque, anche nell'ambito della valutazione forense. Se ne occupa l'interessante rilevazione di Oberlander (1995), che ha verificato quali siano le opinioni, le scelte di procedura valutativa, le strategie processuali, le convinzioni a riguardo dei propri doveri e del proprio ruolo di un campione di professionisti della salute mentale specializzati in valutazioni forensi di abuso sessuale all'infanzia. Pur raccogliendo, come ci si aspettava, dati non univoci, qualche orientamento generale emerge.

C'è, ad esempio, relativo accordo tra i professionisti, e con le indicazioni delle linee-guida accreditate, circa la preferibilità di prendere conoscenza dei dati provenienti da fonti collaterali prima di iniziare la valutazione; analogamente, le tecniche condivise di intervista al bambino partono da domande aperte, prima di procedere con questioni più dirette. Anche l'incertezza riscontrata riguardo all'utilità delle rilevazioni oggettive del comportamento del bambino (liste di indicatori comportamentali) e delle bambole anatomicamente corrette si può dire che sia allineata con la direzione della ricerca.

Invece *sembra maggiore di quanto consigliato dagli studiosi della materia la fiducia riposta in strumenti squisitamente psicologici*: gli intervistati usano volentieri i tests proiettivi, il disegno e il gioco, sia come mezzo per facilitare il contatto e la comunicazione con il bambino, sia come mezzo per conoscere l'assetto del suo mondo interno, la cui interpretazione non sembra loro così aleatoria ma anzi capace di dare utili informazioni sulla congruenza dei sentimenti con quelli considerati tipici delle vittime di abuso sessuale.

Danno anche più da pensare le *posizioni espresse circa ciò che è ritenuto il proprio ruolo sul piano legale*. La maggioranza ritiene che i dati acquisiti e il ragionamento diagnostico costruito siano sufficienti per decidere non solo circa la compatibilità dei vissuti e dei comportamenti del bambino con l'ipotesi di abuso, ma se questo sia davvero avvenuto: e che tale giudizio debba avere un posto in sede legale. Molti esprimono riserve circa la possibilità di determinare attraverso la valutazione anche l'identità dell'abusante, a meno che non ci sia una precisa ed esauriente dichiarazione della vittima. Si profila quindi un deciso contrasto rispetto al ruolo di assistente del giudice, a cui ultimamente spetta la decisione sull'esistenza fattuale dell'abuso. ***Sembra che i professionisti, che risentono molto della propria origine clinica, anche se svolgono funzione di esperto giudiziario, avvertano un dovere di proteggere il bambino e la società (come avviene quando prendono una decisa posizione sull'esistenza dell'abuso), come di rango superiore al diritto formale del giudice di avere l'ultima parola sulla questione, e per questo siano poco spaventati dal rischio di usurpare il ruolo di quest'ultimo.*** Anzi c'è consenso circa il proprio dovere di "educare" il contesto legale a cogliere le specifiche evidenze psicologiche; naturalmente la maggioranza ritiene che la propria funzione si estenda anche a minimizzare il potenziale impatto traumatico del contesto giudiziario sulla piccola vittima, preparandola alla testimonianza, istruendola sulle regole di quel contesto, riducendo l'intervento della polizia e degli avvocati, effettuando un intervento di crisi e raccomandazioni per il trattamento, dando suggerimenti circa il regime di affidamento e/o di visita ai familiari al fine di proteggerla, assicurandosi che gli interventi necessari siano messi in atto. Da ultimo, e coerentemente, ritengono che valutazione e trattamento, o almeno preparazione al trattamento, siano inscindibili.

Oberlander conclude che il quadro rilevato, di cui cita tutti i dettagli, è congruo con il fatto che gli intervistati non sono studiosi che opinano sulle regole da seguire, ma professionisti che le hanno sperimentate nella pratica clinica e nelle aule di giustizia: e che questo, e non la disinformazione, è alla base delle differenze, pure innegabilmente cospicue, con i dettami di autorevoli linee-guida (vengono citate quelle dell'APSAC del 1990). *L'autore consiglia che alcuni temi caldi siano affrontati con maggiore approfondimento, sulla possibilità dell'esperto di pronunciarsi su fatti e di istruire i giudici sulla variabilità del quadro psicologico della vittima, sulla necessità che le garanzie della difesa dell'accusato siano temperate con la necessità di proteggere bambino e società, sull'opportunità di sostenere l'esistenza di una conoscenza specialistica in materia, pur precisandone punti di forza e di debolezza.*

Come corollario di quanto sopra, può essere utile commentare un recente articolo di un'illustre professionista, pioniera nel campo degli abusi all'infanzia, come Sgroi (1999). Nel riferire di un caso che ha fatto scalpore in Irlanda, quando quattro fratelli ormai maggiorenni hanno portato in giudizio i professionisti che a suo tempo, pur avendo consistenti segnali dell'abuso fisico e sessuale perpetrato ai loro danni dal padre, non avevano messo in atto le misure protettive, legali e riparative necessarie, dà interessanti elementi su come ha svolto il proprio compito di esperto chiamato in sede giudiziaria a spiegare i motivi per cui ragazzi, pur apparentemente dotati di risorse intellettive, dovessero essere considerati invece individui ancora incapaci di proteggersi da sé. L'interrogativo era particolarmente delicato per la principale accusatrice, la prima figlia femmina, che poteva vantare un'ottima riuscita

scolastica. Il quesito portava infatti al cuore del funzionamento post-traumatico caratteristico delle vittime di abuso sessuale, in cui meccanismi dissociativi permettono la contemporanea esistenza di parti adeguate e compensate con parti molto sofferenti. Nella dettagliata descrizione delle sue argomentazioni possiamo vedere dal vivo come *sia l'imperativo di istruire la corte, sia la costruzione del ragionamento diagnostico su basi squisitamente psicologiche, e non per questo meno fondato, siano alla base del suo comportamento, molto più che la considerazione asettica di regole formali e incertezze sulla competenza*. Completa congruentemente il quadro l'accurata domanda finale sul *costo psicologico* che può comportare mettere in luce simili strazi interiori in contesti così sotto i riflettori dell'opinione pubblica (pure in quel caso completamente favorevole ai denunciati), domanda che mette in luce la priorità dell'animo clinico su ogni altra considerazione, nonostante il contesto dell'intervento.

Tenendo dunque presenti le specificità di ruolo clinico e forense nella valutazione di un presunto abuso sessuale, siamo indotti a credere che buone regole di svolgimento del primo siano anche un'ottima base per il secondo, e che, nel calarsi nel secondo ruolo, mai è possibile dimenticarsi degli obblighi imposti dal primo, nè sottovalutare la rilevanza della propria competenza di base, specificamente ampliata in relazione all'oggetto.

5. LE STRADE PERCORRIBILI

Tenuto conto anche della dialettica esistente tra valutazione clinica e valutazione forense, si è rinviati comunque al quesito fondamentale: considerate tutte le insidie ma anche l'assoluta necessità della diagnosi, in base a quali criteri stabilire un serio ragionamento diagnostico? e utilizzando quali validi strumenti?

Nel generale panorama che, nei tempi più recenti, sembra improntato a una consistente frenata rispetto alle responsabilità valutative dei professionisti della salute mentale e a un gran numero di dubbi e timori circa i possibili rischi di sbagliare, bisogna dire che *non sono molti gli autori che indicano positivamente, sia pure tenendo conto di tutti i giusti limiti di cui sopra, come regolarsi nello svolgere il compito valutativo*.

Vogliamo segnalare, a questo proposito, innanzitutto l'incoraggiante contributo di Conte (1995) che, pur tenendo conto delle molte insidie della valutazione, *rilancia coraggiosamente il pensiero e la ricerca*, sostenendo che i clinici hanno certamente le forze per concepire studi che portino alla costruzione di un sistema multidimensionale di descrizione delle caratteristiche dei casi, sul versante del bambino, della famiglia e dei servizi che sono intervenuti.

Altri interessanti contributi, a carattere più immediatamente operativo, vengono da Carnes e coll. (1999) e da Bernet (1997).

Il primo dei due, in particolare, mostra come esista un modo per non abbandonare la scientificità e il rigore del metodo e allo stesso tempo non abbandonare la spinta verso la protezione del bambino e della società da un'evenienza, come l'abuso, certo difficile da dimostrare, ma oltremodo pericolosa e gravida di conseguenze negative, soprattutto quando resta non riconosciuta a lungo. Gli autori, in premessa, descrivono sinteticamente il clima di contrapposizione creatosi tra scienziati da un lato e avvocati di parte dall'altro, che ha indotto molti professionisti a diffidare di metodi non abbastanza rigorosi e a modificarsi in senso difensivo: in mezzo a tutto ciò, professionisti in prima linea devono lavorare ogni giorno per ottenere informazioni accurate da bambini spaventati, mantenendo inevitabilmente tutto il rigore metodologico su cui si è acceso giustamente il dibattito.

Per aiutare questi professionisti è stato sperimentato in uno dei National Children's Advocacy Centers un modello di *"valutazione forense supplementare"*, che verrà esteso ai 30 centri di questo tipo sorti negli Stati Uniti. Tale modello è stato messo a punto da un gruppo multidisciplinare, che, come raccomandato dalla maggior parte degli autori, basa la valutazione sulla visita medica, l'intervista al bambino, e assunzione di altre informazioni. *Nei casi che rimangono incerti dopo un primo screening* (nei primi due anni di lavoro, il 26%), accade talvolta che i valutatori abbiano serie preoccupazioni che il bambino sia stato abusato, a causa della sussistenza di evidenze mediche o di altro tipo, ma il

piccolo non riesce a parlare liberamente della sua esperienza. E' auspicabile non incrementare il rischio di "falsi negativi" concludendo frettolosamente l'indagine; ma anche la pratica a volte seguita di indirizzare la presunta piccola vittima ad un contesto terapeutico, per dare tempo al tempo, può essere inefficace, se i curanti non hanno la specifica competenza necessaria, o addirittura può creare condizioni di contaminazione e confusione che renderanno ancor più difficile l'accertamento. *Può quindi essere utile che un servizio specializzato si occupi di questi casi per un breve tempo in cui cercherà di implementare l'approccio valutativo per uscire dal dubbio diagnostico.* Il metodo è indicato quando: ci sono forti indicatori comportamentali o di altra origine di un abuso e il bambino non fa rivelazioni; quando le dichiarazioni restano incomplete; quando c'è bisogno di ulteriore chiarificazione del quadro.

I presupposti fondanti sono da una parte la convinzione che alcuni bambini hanno bisogno di sentirsi sicuri e di poter tenere un passo adeguato nel fare rivelazioni, dall'altra la necessità che le informazioni siano da loro ottenute in modo adeguato ai criteri accreditati della valutazione forense.

Ne discende un progetto costituito da un numero predeterminato di sedute (dal primitivo schema di 12, si è scesi ad 8, sulla base dell'esperienza che attestava le prime sedute come le più utili) in cui, dopo un primo tempo dedicato all'aggancio con l'adulto protettivo (si veda sopra per questo aspetto) e alla costruzione del rapporto con il bambino nonché alla approfondita conoscenza del suo livello di sviluppo e delle caratteristiche comportamentali salienti (utilizzando i protocolli più riconosciuti, come la Child Behavior Checklist, il Child Sexual Behavior Inventory, la Trauma Symptom Checklist for Children), si procede a contatti coordinati, che tengono conto delle particolari caratteristiche del bambino, e che distendono nel tempo una corretta intervista investigativa. Nell'effettuare questa parte centrale dell'intervento, molta attenzione è dedicata a dar corso ai sistemi che diminuiscono la suggestionabilità del soggetto, in accordo con la letteratura, e cioè incoraggiare il racconto libero, mostrare al piccolo che si sa meno di lui, utilizzare le domande per risvegliare la memoria e non per definire posizioni, mescolando al colloquio sui fatti traumatici intervalli di gioco ed espressione libera, scoraggiando atteggiamenti compiacenti del bambino, invitandolo a correggere l'intervistatore se sbaglia. Si conclude poi la serie di colloqui con un riassunto scritto delle più importanti affermazioni emerse e dei principi base di auto protezione, in un libretto che viene anche consegnato in copia al bambino. Il risultato di questo strumento valutativo supplementare si somma a tutte le altre informazioni in un articolato ragionamento diagnostico, su cui ritorneremo.

Dei 51 casi sottoposti a questo approfondimento dagli autori, *solo il 23% è rimasto non chiaro*: nelle altre situazioni si è arrivati alla rivelazione (47%), o a chiarire la non sussistenza dell'abuso sospettato (18%), o a convincersi che l'iniziale rivelazione era il prodotto di dinamiche che non avevano a che fare con una reale e attuale esperienza di abuso (12%). Il metodo si è dunque rivelato proficuo: le variabili più frequentemente associate al successo, cioè al chiarimento in qualsiasi direzione della situazione, sono l'esistenza di precedenti dichiarazioni, sia pur ridotte, del bambino, e soprattutto la possibilità di attivare un supporto allo stesso da parte dell'adulto datore di cure.

E' confortante che la non infrequente sussistenza di incertezze durante il percorso valutativo in casi particolarmente difficili trovi non soltanto una risposta che metta in guardia rispetto a possibili superficialità e imprudenze, che vadano a colmare arbitrariamente i punti oscuri, ma anche iniziative di intervento corretto e rigoroso che tengano conto realisticamente ed empaticamente della peculiare natura del problema e dei fragili soggetti con cui si tratta; e che la sperimentazione di tali iniziative dia risultati accertati positivi.

Nella stessa direzione si muove l'AACAP, stilando linee guida per la valutazione forense che, come già sopra si ricordava, si sovrappongono in gran parte, come metodo di raccolta dei dati e di ragionamento diagnostico, a quanto dovrebbe mettere in atto anche un buon clinico. Nell'articolo di cui Bernet è il principale estensore (1997), dopo un preciso excursus della bibliografia sui principali punti chiave del fenomeno in sé e della valutazione nei sospetti abusi sessuali (definizione; epidemiologia; valore relativo dei dati comportamentali, delle dichiarazioni, dei tests; tecniche di intervista, falsi positivi e falsi negativi; concetti di competenza, credibilità e opportunità della

testimonianza del bambino), vengono schematizzati i *parametri* a cui nella pratica la valutazione dovrebbe attenersi.

Alcuni punti sembrano particolarmente interessanti. Grande enfasi è posta sull'ottenimento di una *buona anamnesi*, che comprenda innanzitutto la storia dal momento della nascita del sospetto, a riguardo dei comportamenti sia del bambino sia dei familiari sia di eventuali terzi che siano già intervenuti, per ricostruire i possibili meandri attraverso cui la fotografia dell'oggi possa essere il logico risultato di quanto accaduto intorno ai primi segnali che hanno destato preoccupazione; ma altrettanta attenzione andrà data alla storia personale e familiare del bambino precedente il sospetto, nonché all'assetto psicologico dei genitori, per complessificare la comprensione dell'oggi alla luce delle dinamiche che possono averlo originato. Già in questa impostazione risalta implicitamente, attraverso il minuzioso elenco delle informazioni da acquisire come sopra, *l'importanza attribuita al ragionamento diagnostico, come attitudine a connettere cause ed effetti in maniera non grezzamente lineare*, ma tenendo conto della complessa articolazione che possono assumere le vicende umane, e confidando che operatori della salute mentale abbiano gli strumenti di base adatti per compierlo, una volta che siano messi sull'avviso a riguardo di procedure mentali semplicistiche e si dotino di tutti gli elementi necessari per costruirlo.

L'altro aspetto che risalta è *lo sforzo sistematico di raccogliere da subito, intenzionalmente, anche gli elementi che potrebbero falsificare l'ipotesi di abuso*, spiegando la nascita del sospetto come risultato di dinamiche complesse (errori di intervento pregressi, ricostruzione delle motivazioni e dell'assetto psicologico degli adulti coinvolti, fraintendimenti di varia natura): e questo per contrastare sul nascere il rischio di lasciarsi trascinare da alcuni dati convergenti senza attivarsi a verificare la generale congruenza di tutte le informazioni. Alla possibile sussistenza di *falsi negativi e falsi positivi* è dedicata poi una parte importante dell'articolo, con la dettagliata categorizzazione delle cause originanti i quadri ingannatori: *anche qui è rilevante l'insistenza nel suggerire di trovare in modo articolato il collegamento tra dinamiche psicologiche e l'esito che ci si trova a decodificare*.

La funzione e la competenza dei professionisti della salute mentale nella valutazione di sospetti abusi viene dunque rimessa in assetto: scartato l'inseguimento dell'indicatore conclusivo, definitivamente riconosciuto come una pericolosa trappola, ma scartato anche l'atteggiamento minimalista di chi non vede davanti a sé che un dubbio programmatico, riesce viceversa un salto di qualità, che valorizza quanto di meglio questo tipo di professionisti possono dare, e cioè l'articolata conoscenza dei funzionamenti possibili degli individui e delle relazioni.

D'altra parte, non sarebbe stato ragionevole buttare a mare il bagaglio ormai estesissimo di conoscenze sugli aspetti psicologici dell'abuso soltanto perchè ciascun elemento non può essere conclusivo o perchè c'è una variabilità, pure intensa, di espressione delle sequele da caso a caso. Abbiamo ormai anche delle guide per connettere cause multiple ad effetti altrettanto variegati (vedi nel capitolo I la trattazione del rapporto tra elementi dannosi ed elementi protettivi); la questione diventa essere capaci di fare ipotesi e ragionamenti sul funzionamento e non sommare i singoli fotogrammi che caratterizzano le situazioni di abuso.

Vale la pena di ricordare che, certamente con meno storia ma avendo ormai raccolto considerevoli riscontri (7 anni di sperimentazione in molti centri sul territorio nazionale), *anche in Italia è utilizzato un metodo valutativo nei casi di sospetto abuso sessuale, che ha con quello sopra illustrato molti punti in comune* (Malacrea, 1997). Innanzitutto, coincidono le *aree in cui raccogliere i dati* su cui costruire il ragionamento diagnostico: del resto su questo punto c'è un'indiscussa convergenza degli studiosi e di chi concretamente opera. Le aree di indagine individuate sono: l'analisi del terreno familiare in cui è sorto il sospetto di abuso (che corrisponde a parte dell'anamnesi raccomandata dall'AACAP); l'esame del quadro di personalità della presunta vittima, come sintomi, comportamenti, assetto generale del funzionamento adattivo e cognitivo visti in prospettiva diacronica; la conoscenza dei vissuti prevalenti che caratterizzano il mondo interno completa il panorama dell'assetto psicologico in tutte le sue componenti; l'analisi di validità delle dichiarazioni in ordine al presunto abuso, anch'esse considerate nella loro interezza e nella progressiva evoluzione. Tutti i dati vengono poi messi a confronto con le più ricorrenti ipotesi di falsi positivi esistenti in letteratura (e che

coincidono sostanzialmente con quelle dettagliate da Bernet, anche se non seguono lo stesso schema di categorie diagnostiche).

Un'importante differenza sta nella *possibilità di integrare nella valutazione anche la conoscenza dei referti medici*, che non avviene automaticamente se non quando il valutatore sia incaricato in ambito penale, e non sempre quando opera nell'ambito della tutela (Tribunale per i Minorenni) o come servizio clinico; ci pare di dedurre dalla ricerca di Oberlander (1995) che negli Stati Uniti non solo l'esperto forense ma anche il clinico possa accedere pure a questo dato. Resta il fatto indiscutibile che, al di là delle preclusioni formali di taglio giuridico, nella sostanza la conoscenza di questo dato e la possibilità di farne un elemento del ragionamento diagnostico non potrebbe che portare vantaggi alla completezza e correttezza della valutazione.

L'altro punto fondante e molto simile all'impostazione dell'AACAP è la fiducia nella capacità dei professionisti della salute mentale, con alle spalle un'adeguata esperienza clinica, di concentrare la propria attenzione non sui singoli elementi, ma sulla connessione di essi in *ipotesi di funzionamento mentale e relazionale, come strumento principale per interpretare i dati ed arrivare a una conclusione valutativa*.

6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Abbiamo visto come negli ultimi 10 anni la spinta scientifica ed etica al riconoscimento delle situazioni di abuso sessuale all'infanzia abbia cercato di darsi, anche perchè sottoposta a pressioni da parte dell'ambito giudiziario, un *nuovo punto di equilibrio* che, pur tenendo conto di quanto si è via via imparato sulle caratteristiche delle vittime, non cadesse nel rischio di utilizzare tali conoscenze in modo semplificato, intuitivo, poco documentato, con gravi conseguenze per i bambini e le loro famiglie. Come sempre, per trovare un nuovo equilibrio il precedente risulta attaccato, e non sempre con misura, anche se alla fine molto del vecchio "verrà rivalorizzato come parte del "nuovo".

Nei prossimi capitoli questo processo di crescita delle capacità valutative sarà *approfondito sotto i tre profili principali*, individuati come salienti, come sopra documentato, da tutti gli autori che hanno messo a fuoco questo tema: *gli aspetti medici, gli aspetti psicologici, la dichiarazioni del bambino*. Tuttavia sembra necessario aggiungere un'altra riflessione, che troverà adeguato spazio anche nel cap. V.

Esiste anche un'altra faccia del problema. Per chi opera concretamente, il "campo di osservazione" non è stabile e anodino, ma si tratta di un bambino pieno di necessità, emergenze da maneggiare, sofferenze da tamponare, contesti di vita da riformulare. Come coniugare rigore scientifico e queste esigenze? Come trovare una bussola in quello che potremmo paragonare a un mare tempestoso?

E' certo lodevole che tanta esigenza di correttezza e sicurezza circondi la valutazione quando è in questione un presunto abuso sessuale: anche se è immediato pensare che non accade lo stesso per altri traumi e/o patologie, e certo questo ci deve interrogare sui perchè. ***Ma ciò non può avere come esito una sorta di paralisi agnostica.***

Come sempre le maggiori domande nascono quando, al di là delle teorie, qualcuno mette a disposizione del lettore esemplificazioni pratiche. E così è accaduto anche leggendo il cap. 10 del pluricitato volume di Kuhlenle (1996), una delle studioso che più impietosamente sottopone a critiche i metodi valutativi fin qui utilizzati. In quel capitolo, l'autrice applica la rigorosa procedura da lei ritenuta necessaria, e precedentemente illustrata nei principi, ad una situazione di perizia che coinvolge un bambino di 6 anni, con un sacco di dolori alle spalle e di difficoltà nel presente: un'incerta situazione di affidamento tra due giovani genitori divorziati in conflitto e alle prese con nuovi legami, una profonda sfiducia nel mondo, e desideri primari insoddisfatti che trovano sfogo nell'aggressività verso i coetanei e nell'encopresi. Un episodio di encopresi gli accade anche durante la somministrazione del Rorschach, ad indicare quanto gli sia penosa la presa di contatto che un test tanto penetrante obbliga a fare con il proprio mondo interno. Gli elementi denunciati a carico del nuovo compagno della madre sono assai esili in partenza: una doccia insieme, pizzicotti al pene, aghi nella stessa parte (forse equivalenti alla sensazione dei pizzicotti?). Nessuno si chiede cosa passi nella

testa e nel cuore di questo bambino, i suoi "perchè" nell'essere arrivato a questo punto. Viene sottoposto a una prima richiesta di raccontare quanto riferito da lui al padre (il denunciante), e nega. Gli viene fatta anche una visita medica. Ma quando arriva in terza battuta al valutatore psicologo ancora dice di non saper perchè tutto ciò gli è accaduto, nè perchè ora non sta più con sua madre ma con suo padre (che, continua a ripetere, lo percuote con la cinghia, ma nessuno se ne occupa) e non vede più il compagno della madre. E nessuno glielo spiega, nonostante i tests dicano che ha un'intelligenza superiore alla media: e quindi qualcosa potrebbe ben capire. Le due prime sedute sono impiegate in esercizi, che certo devono essergli apparsi privi di senso (nessuno glielo spiega, ancora una volta), sul come parlarsi. Le domande di merito sono "aperte", cioè non si parla della presunta doccia con il compagno della madre ma, in generale, di docce: e così via, di pizzicotti, di punture con aghi ecc. Nessuno si chiede che effetto possa fare al bambino sentirsi interpellare su queste singolari cose, essendo sollecitato a raccontare "tutto ciò che gli viene in mente": si farà qualche domanda, farà dei collegamenti nella sua testa con quanto ha detto a suo padre? Nessuno se ne occupa. Ogni tanto si gioca, per riposarsi, ma senza che ciò assuma un significato. I test sono fatti per misurare le sue capacità cognitive; emotivamente si rileva che è un po' persecutorio e quindi se ne ricava che può essere non obiettivo nell'interpretare i comportamenti degli altri (e quindi del presunto abusante). Poi gli si annuncia da un minuto all'altro che incontrerà in seduta proprio il compagno della madre, che non vede, e dice di non sapere il perchè, da un mese. Non gli si spiega a che serve ciò: quando il piccolo fa delle domande, avrà risposte evasive. Alla fine si conclude che non si hanno prove dell'abuso, ma continuerà a stare dal padre (e la cinghia?), vedendo il presunto abusante solo sotto controllo. Nessuno gli dice il vero perchè. Però avrà dei vantaggi, dice l'autrice, perchè andrà in terapia e lo si imbottirà di psicofarmaci, cambiando una precedente prescrizione fatta per controllare l'encopresi (ovviamente inefficace).

Nasce una domanda: *è questa la valutazione su cui ci si accapiglia per operare nella massima obiettività e nel massimo rigore scientifico? Trattare un bambino come una via di mezzo tra una bomba innescata da toccare il meno possibile e un essere non pensante, privo delle dinamiche motivazionali che presiedono all'organizzazione di ogni umano? E' impossibile non pensare che forse il vizio di fondo che rende queste valutazioni così aleatorie, stia non tanto nei dati ricercati ma più sottilmente nel modo in cui vengono fatte, che scotomizza, in nome della "neutralità" dell'osservazione, i più elementari principi a cui si deve attenere chi pratica professioni di aiuto, una valutazione tutta costruita per **non** intrecciare un filo tra "esaminatore" ed "esaminando", anzi basata sul vedere ciò come un pericolo da evitare.*

A volte c'è una "scientificità" che paralizza la possibilità di "pensare il bambino" prima che "pensare l'abuso": e invece il primo obiettivo è parte ineludibile di ogni valutazione psicologica. Certo, stiamo nei binari del nostro tempo: e non vogliamo sottovalutare che l'intenzione è ottima, anche se le applicazioni lasciano fortemente inquieti, e non dal punto di vista delle conoscenze comprovate e scientifiche sull'abuso, ma da quello delle conoscenze del funzionamento di base di tutti gli esseri umani e della legge universale dell'empatia. *Possiamo soltanto augurarci che davanti a noi, circa la discussa tematica della valutazione, ci sia ancora molta strada da fare e forse, un po' spenti i riflettori sull'emergenza abuso, un vero soddisfacente equilibrio da recuperare.*

Bibliografia

Peters D.F. (2001) Examining child sexual abuse evaluation: the types of information affecting expert judgment, *Child Abuse and Neglect*, 25, 149-178.

Poole D:A., Lindsay D:S: (1998) Assessing the accuracy of young children's reports: lessons from the investigation of child sexual abuse, *Applied and Preventive Psychology*, 7, 1-26.