

CAPITOLO 4

Indicatori e segni psicologici

2.3.1 Va considerato che:

a) l'ipotesi di abuso sessuale va tenuta presente di fronte a una vasta gamma di sintomi cognitivi, emotivi e comportamentali anche se aspecifici e anche in assenza di rivelazioni

b) le conoscenze sessuali improprie e i comportamenti sessualizzati sono riconosciuti come indicatori con maggior grado di specificità, ed esigono approfondimento

2.3.2 Conseguentemente è opportuno:

a) approfondire la conoscenza del mondo interno del bambino per dare significato alle espressioni sintomatiche

b) approfondire la conoscenza del contesto relazionale, per completare la comprensione del quadro individuale situandolo sia rispetto alla storia familiare del minore sia rispetto ai più ampi parametri di riferimento socio-culturali in cui il minore è inserito

c) adottare la procedura di ampliare il più possibile la raccolta anamnestica, attivando tutte le risorse utili in tal senso

1. PREMESSA

È importante fare alcune considerazioni come introduzione alla valutazione psicologica dell'abuso sessuale.

Furniss (1994) dà una suggestiva definizione dell'abuso sessuale dei bambini come "sindrome del segreto" per il bambino e la famiglia, e "sindrome della compulsione" per l'abusante, il che differenzia nettamente questo da tutti gli altri tipi di maltrattamento, invitando a considerare quanto sia fondamentale tenerne conto in ognuna delle varie fasi dell'incontro con questi casi, dall'analisi della rivelazione, alla valutazione, alla terapia. Nonostante questa precisa caratterizzazione di dinamiche, *non esiste tuttavia*, come si ha avuto modo di sottolineare nel primo capitolo, *una sindrome specifica dovuta all'abuso sessuale*, così come non esiste una singola dinamica traumatogena, dato su cui tutta la letteratura concorda (Green, 1993; Kendall-Tackett et al., 1993; Berliner, 1991, Wolfe D.A. et al, 1994). Non esiste nemmeno un sintomo che sia presentato dalla maggioranza dei bambini abusati, (ricordiamo che una percentuale di bambini compresa tra il 21 e il 49 % è asintomatica, Kendall-Tackett et al., 1993), a eccezione dei comportamenti sessualizzati (Kuehnle, 1998). Come ricordano efficacemente Babiker e Herbert (1996), "L'abuso sessuale non è una diagnosi: è un evento, o una serie di eventi, all'interno di una relazione in cui il bambino è coinvolto".

Le variabili che concorrono a determinare l'impatto psicologico e i conseguenti comportamenti patologici sono molteplici, basti pensare che raramente l'abuso sessuale non si accompagna ad altre forme di maltrattamento. In uno dei suoi recenti magistrali scritti, Friedrich (1998) ci ricorda come sia inconcludente cercare connessioni semplici e lineari tra abuso sessuale e le sue conseguenze. ***Perciò è necessario rinunciare alla rassicurante prospettiva che esistano una singola checklist o un singolo test grazie ai quali definire se un bambino sia stato abusato o meno.***

La diagnosi invece è necessariamente un processo lungo e complesso, in cui comporre con rigore e capacità professionale i vari elementi raccolti: "La valutazione dell'abuso sessuale richiede un processo creativo che soppesi le diverse informazioni tratte da varie fonti e le collochi in un contesto" (Babiker e Herbert, 1996).

Nella stessa lunghezza d'onda, già nel 1992 Van Gijseghem evidenziava la necessità per lo psicologo clinico, chiamato a valutare una situazione di sospetto abuso, di adoperare con prudenza e 'modestia' gli strumenti diagnostici, quali l'osservazione del bambino nella sua interazione con i genitori, i suoi comportamenti, in particolare quelli sessualizzati, i disegni, i test proiettivi. L'autore sollecita rigore scientifico nell'uso e interpretazione di tali strumenti, che da soli non possono fornire prove valide per accertare o meno un abuso: infatti i segnali di malessere non sono necessariamente connessi soltanto all'abuso sessuale e bisogna evitare che pre-convincimenti alterino l'analisi interpretativa.

D'altro canto, l'altra premessa importante riguarda *l'utilità dell'approfondimento psicologico, che consente di ridimensionare l'importanza*, senza peraltro assolutamente negarla, ***delle dichiarazioni del bambino***, su cui viceversa si vorrebbe concentrare grande parte dell'attenzione nella valutazione forense.

Rimandando a quanto si dirà più avanti in questo volume nella parte specificatamente relativa alle dichiarazioni della vittima, sono moltissimi gli elementi che invitano alla più grande cautela nel fondare le considerazioni sul fatto che il bambino sia stato abusato o meno basandosi solo sulle sue affermazioni. Faller (1996) asserisce con convinzione che è necessario contemperare dati provenienti da più aree di osservazione senza enfatizzare la

portata conclusiva delle dichiarazioni, astratte dal contesto generale del funzionamento psicologico, quasi sempre molto marcato, e deformato, da una sindrome post-traumatica. Quest'ultimo tema è ripreso recentemente anche da Di Blasio (2001), che rileva quanto la presenza di una sindrome da stress post-traumatico influenzi enormemente la capacità delle vittime di fare dichiarazioni che rispondano a criteri di validità. Per usare poi le parole di Everson, a conclusione del lavoro del 1997 sulle bizzarrie nelle dichiarazioni dei bambini, "[...] è necessario un approccio bilanciato che includa dimensioni multiple di valutazione e di investigazione, per evitare il ricorso esclusivo al racconto del bambino".

2. PRINCIPI METODOLOGICI

2.1 Lo stile valutativo-terapeutico

La valutazione psicologica del bambino che si sospetta vittima di abuso sessuale consente di raccogliere una serie di informazioni che potranno confermare o escludere un quadro di compatibilità con quanto affermato dal bambino ed eventualmente con gli altri elementi raccolti in un contesto non clinico.

Friedrich (1990) espone con chiarezza il processo diagnostico, che può affiancare e sostenere l'accertamento forense, ma soprattutto deve essere la base della conoscenza professionale del bambino, punto di partenza su cui fondare ogni successivo intervento.

Come altri terapisti impegnati nel campo, Friedrich sostiene l'importanza che **qualsiasi passo diagnostico sia anche contemporaneamente un passo terapeutico**, e per esserlo deve essere effettuato un numero conveniente di sedute, tenendo conto delle angosce del bambino e della sua volontà e capacità di parlare di fatti tanto dolorosi: "L'intrusività della valutazione può essere gestita e non deve essere percepita dal bambino come soprafacente" (Friedrich, 1990, p. 68). Se ciò avvenisse significherebbe rinforzare l'impotenza, già così grave nelle vittime di abuso, e in definitiva provocare un ulteriore danno. Ciò non significa tuttavia che la valutazione psicologica debba essere un processo passivo, in cui ci si limita ad allinearsi alle modalità difensive del bambino. Viceversa essa va condotta sin dalle prime battute *in modo da contrastare i vissuti patologici, iniziando a introdurre elementi correttivi*. Friedrich sottolinea come tale intervento debba quindi essere attivo e riparativo, e debba promuovere movimenti psicologici terapeutici.

Anche Malacrea (1994, 1998) fa propri questi principi. Nel testo del 1994, soprattutto, viene segnalato come l'intervento di valutazione possa diventare per il soggetto *un importante momento di elaborazione mentale*, attraverso l'esperienza di essere ascoltati e compresi, del prendere contatto con il proprio mondo interno, del vedersi riconsegnata in modo più chiaro la consapevolezza dei propri vissuti attraverso le parole dello psicologo. Ciò potrà avvenire se la valutazione sarà condotta non come un'indagine asettica ma come uno strumento clinico di interazione con la piccola vittima, che ci porta al cuore di un problema di cui non si devono solo descrivere natura e contorni, ma anche facilitare le prime, indispensabili soluzioni.

2.2 L'apporto delle figure di riferimento

Devono fare parte della valutazione psicologica sia la psicodiagnosi del bambino, che dà fondamentali informazioni sull'*assetto psichico interno* nei suoi aspetti relativi allo stile cognitivo, ai vissuti prevalenti, alle difese psicologiche, alle risorse disponibili; sia l'analisi del *comportamento*, come ricognizione di come l'assetto interno riesce a consentirgli competenze adattative al mondo esterno, sul piano intellettuale e della socializzazione. Tali

informazioni vanno raccolte sia direttamente dall'esame del bambino stesso, sia da ognuno dei genitori, sia da insegnanti e da altre figure professionali che si occupano del piccolo paziente. Ciò consente di avere più dati sull'eventualità o meno di una vittimizzazione sessuale, e nel contempo di ponderare risorse e punti deboli di cui tenere conto nella successiva presa in carico.

Proprio a proposito dell'*interazione con i genitori e/o le altre figure di riferimento*, va sottolineato che fanno parte a pieno titolo dell'iter diagnostico la raccolta delle *reazioni* del bambino dopo ogni seduta e i suoi comportamenti o sintomi tra una seduta e l'altra. ***Ciò comporta che debba esserci un flusso continuo di informazioni tra psicologo e genitori o chi si occupa del bambino*** (Friedrich, 1990, Malacrea 1998)

Friedrich chiama "diagnosi ecologica" questo processo basato sull'analisi di tutto il contesto di vita del bambino e delle sue reazioni nei vari ambiti. I vantaggi, oltre a quello fondamentale di potere giungere a una più accurata diagnosi, sono molteplici e si riverberano anche su piani non strettamente clinici, innanzitutto quello della protezione. L'autore esemplifica quanto sopra a proposito della controversa questione del mantenimento del rapporto del piccolo con il genitore abusante o presunto tale. Si cita letteralmente: "Abbiamo sempre esempi di genitori non abusanti che riferiscono che il comportamento del figlio peggiora dopo le visite con il genitore abusante. Tuttavia poiché ciò è riferito da genitori che sono ritenuti soggetti a pregiudizi e poiché le descrizioni dei comportamenti non sono fatte in modo più affidabile, l'assistente sociale o il giudice interpellati non le prendono in considerazione. Ma se le osservazioni sono sistematizzate e sono congruenti nei vari setting, è più facile persuadere chi di dovere ad agire in modo favorevole al bambino" (p. 66).

Proseguendo a dettagliare la parte della valutazione compiuta attraverso i genitori, va notato che essa ha un duplice valore.

In primo luogo consente di arricchire di *elementi osservativi* il quadro personologico del bambino.

Andrà fatta innanzitutto una *accurata raccolta anamnestica*, per ricostruire in modo diacronico il funzionamento psicologico del piccolo. Su questo punto molto si sofferma Bernet (1997), sintetizzando l'opinione dell'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, come già riportato nel cap. II/1.

Anche Friedrich valorizza tale prassi, avvertendo che ritiene necessario che i dati anamnestici provengano *sia dal padre che dalla madre*.

Wells e colleghi (1995) pur evidenziando le difficoltà nel somministrare test come le checklist ai genitori, che possono avere motivazioni diverse nel rispondere, confermano l'utilità di esplorare con questi ultimi questioni circa le paure e la consapevolezza di sé, la concentrazione a scuola e i cambiamenti comportamentali, oltre che naturalmente i comportamenti sessuali specifici. La loro conclusione è che sia di grande importanza indagare sul funzionamento generale del bambino e sui cambiamenti comportamentali ed emotivi nella valutazione dell'abuso sessuale. Sottolineando l'assenza di strumenti diagnostici specifici, e rimarcando che tutti i metodi usati non sono esenti da distorsioni attribuibili alla soggettività e a pregiudizi, affermano che quanto riportato dai genitori è importante nel fornire dati da approfondire con ulteriori indagini. Infatti quando questi descrivono cambiamenti comportamentali è legittimo considerare l'ipotesi di abuso sessuale, pur ricordando che l'assenza di dati preoccupanti raccolti dai genitori non può di per sé fare escludere tale ipotesi.

Friedrich (1998) sottolinea che quantunque *i dati raccolti dai genitori* siano di grande importanza essi *possono differire anche notevolmente da quelli forniti dal bambino*, ed evidenzia perciò la necessità di sentire direttamente il bambino sul proprio funzionamento,

sulle proprie percezioni dell'abuso. Naturalmente le eventuali differenze con quanto raccolto da genitori costituiscono un importante elemento per capire la qualità del rapporto genitori-figlio. Anche i dati provenienti dagli insegnanti, prosegue Friedrich, sono preziosi per vari motivi, tra cui l'analisi della presenza dei sintomi in altri contesti.

Il secondo punto a favore del coinvolgimento dei genitori nella valutazione deriva dall'importanza di effettuare *un'accurata indagine sull'ambiente di vita del bambino e sulle dinamiche familiari*, per comprendere in pieno il *contesto* in cui è sorto il sospetto di abuso sessuale e le sue *risorse*. Poiché è noto come le conseguenze dell'abuso siano in relazione con le variabili familiari, gli eventuali conflitti, la presenza di altri bambini abusati in casa, la possibilità di parlare della sofferenza causata dall'abuso, il sostegno alla vittima, poter raccogliere tali elementi consente di predisporre un piano di intervento il più accurato possibile. Friedrich suggerisce anche di effettuare una psicodiagnosi di entrambi i genitori a completamento del quadro delle risorse familiari.

Inoltre anche la storia che precede l'abuso è critica, soprattutto per quanto riguarda la presenza di alti livelli di stress dovuto alle condizioni di vita e di fattori di vulnerabilità. I comportamenti patologici vanno quindi visti alla luce di un approfondito esame della storia del bambino e della sua famiglia (Reece, 1998).

Devono essere prese in considerazione circostanze psicosociali sfavorevoli preesistenti e durature, nonché variabili di personalità genitoriali; in particolare per quanto riguarda la madre, principale potenziale protettore, è rilevante la qualità del rapporto madre-figlia, la risposta all'abuso, un'eventuale storia personale di vittimizzazione sessuale.

Già Finkelhor nel 1984, in uno scritto a un tempo storico e attualissimo, sintetizzava in quattro le pre-condizioni familiari che costituiscono un terreno compatibile con il precipitare dell'abuso sessuale (anche se ovviamente tale esito non è meccanicamente deducibile dall'esistenza di tale costellazione relazionale). La prima condizione fa riferimento all'esistenza nell'abusante di un impulso, conseguente a un'area di bisogni insoddisfatti, a erotizzare il rapporto con un partner debole: impulso e bisogno che riconoscono di solito origini antiche nel fallimento delle relazioni primarie e nella creazione conseguente, in qualche grado, di vissuti di carenza, e poco hanno a che fare con la sessualità. La seconda e terza condizione mettono a fuoco l'insufficienza dei meccanismi di controllo interno ed esterno alla persona dell'abusante, come origine del passaggio all'atto e della durata nel tempo dell'abuso. L'ultima precondizione riguarda infine lo specifico della costruzione della relazione d'"emprise" (dominanza psicologica) dell'abusante sull'abusato, come cronico attacco alle naturali difese della vittima e continuativa espansione della sua vulnerabilità.

Una lettura del tutto convergente con quanto sopra si trova anche nel volume di Trepper e Barrett (1989), in cui le stesse precondizioni sono articolate in termini di bilancio tra fattori di vulnerabilità, rispetto alla nascita dell'abuso, e meccanismi di affronto e di neutralizzazione efficace degli stessi (coping mechanisms).

Anche altri autori sottolineano l'importanza delle condizioni pre-abuso e della risposta all'abuso, soprattutto per quanto riguarda il ruolo del sostegno materno (Mannarino et al, 1994; Newberger et al., 1993, Koverala et al, 1993).

In particolare lo studio di Newberger evidenzia come le madri dei bambini abusati possano avere gli stessi sintomi e altrettanto bisogno di terapia dei figli abusati, elemento che può essere prezioso nel considerare la posizione materna nella genesi e nello sviluppo della rivelazione (vedi anche il cap. I).

Vale la pena sottolineare in questa parte del volume qualcosa a proposito della pratica di utilizzare come parte (quando non come unico intervento, come purtroppo talvolta avviene) della valutazione diagnostica *l'osservazione diretta del rapporto padre - figlio*

quando il sospetto abusante sia il padre stesso, con l'idea che la presenza di attaccamento, di un "buon rapporto", possa di per sè far concludere per l'infondatezza del sospetto. *Di tale intervento è ormai provata l'inadeguatezza diagnostica.* Già nel 1987 Starr aveva sperimentalmente verificato che era molto bassa anche per esperti la capacità di discriminare la qualità dell'interazione di diadi (genitore-figlio) "abusanti" da quella delle diadi "non abusanti", sulla base dei soli dati osservativi (video di sequenze di gioco comune). D'altro canto, come ricorda Friedrich (1990) la relazione di attaccamento non solo è un meccanismo ben più complesso del fatto che un bambino esprima verbalmente contentezza per l'incontro con il padre, ma per le piccole vittime richiede letture molto più articolate..

È noto infatti che i *comportamenti di attaccamento non sempre sono indice di rapporto buono*, ma anzi i bambini abusati rinforzano il legame nei confronti dell'abusante sviluppando un attaccamento patologico (Herman, 1992). La De Zulueta (1993) che ha analizzato, avvalendosi di una imponente revisione della letteratura, il rapporto tra attaccamento e violenza, dice testualmente a proposito dei bambini vittima di abuso sessuale: "Tenendo presente la natura delle relazioni di attaccamento, si può capire come un bambino, spaventato dal segreto che il genitore abusante gli impone, se non dall'esperienza fisica stessa, non possa che sentire un accresciuto attaccamento per quel genitore: è abusato proprio da quella persona dalla quale normalmente correrebbe in cerca di protezione. [...] L'aumento dell' attaccamento di fronte al pericolo è una caratteristica basilare per la comprensione del motivo per cui i bambini abusati non vogliono essere separati dai propri genitori " (pp. 230-231).

Proprio per questo motivo, ed è la seconda ragione che dovrebbe scoraggiare il ricorso all'osservazione padre-figlio quando c'è il sospetto che il secondo sia vittima del primo, *tale intervento comporta un alto grado di rischio di rinforzare il legame patologico* e tutti gli adattamenti conseguenti che hanno consentito il mantenimento dell'abuso nel tempo. Tra tali adattamenti, ricordiamo il segreto e l'incapacità di autoprotezione che non possono che essere potenziati esponendo il bambino alla presenza del vittimizzatore, che può essere percepito come potente e/o seduttivo. Faller (1996), nella sua accurata revisione critica della letteratura sulla valutazione, segnala come questa procedura sia da molti esperti ritenuta un ostacolo all'eventuale rivelazione e un tradimento della fiducia del bambino (vedi anche i cap.I e III).

2.3 Le conoscenze di base eziopatogenetiche

Vediamo su quali dati dovrà concentrarsi l'attenzione del professionista per effettuare una buona valutazione psicologica e secondo quale chiave di lettura dovranno essere interpretati.

È necessario conoscere i comportamenti del bambino, avere le informazioni sui suoi processi emotivi, quindi sul mondo interno (psicodiagnosi vera e propria), effettuare una valutazione sul suo livello intellettuale, e avere dati sulle sue relazioni sociali. *Tutti questi elementi andranno confrontati con una sorta di 'mappa di riferimento'*, costituita dalle multiple descrizioni, che conosciamo, di quale sia il funzionamento psicologico delle vittime di abuso sessuale (vedi il cap. I). Di tale 'mappa', alcune aree, come si vedrà, ricevono nella prassi valutativa convergente attenzione.

Va ricordato ancora una volta, come già ampiamente illustrato, che i bambini abusati sessualmente possono manifestare una serie di sintomi emotivi, comportamentali e somatici che non sono specifici né tanto meno patognomonici, vale a dire che possono essere presenti anche in bambini che non hanno una storia di abuso (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Official Action,1997), e anche che molti bambini abusati sono

asintomatici. È molto citato nei lavori degli autori che si occupano di questi aspetti lo studio di Kendall-Tackett e altri (1993) sulla revisione della letteratura, secondo il quale più di un quarto dei bambini abusati non mostra problemi comportamentali significativi rilevabili con l'uso delle varie scale comportamentali.

È fondamentale anche ricordare, d'altro canto, che è necessario non confondere reazioni di difesa estrema dal trauma quali il "congelamento emotivo" con un comportamento adattato.

Per capire i bambini traumatizzati, e orientarsi nelle insidie valutative, è fondamentale comprendere come avviene che un'esperienza quale il trauma possa distorcere il mondo e lo sviluppo infantile e provocare conseguenze che si trascinano nell'età adulta. ***Bisogna quindi sapere come il cervello elabora e interiorizza le esperienze traumatiche*** (Perry et al, 1995).

Vale la pena di fare un accenno, forzatamente breve e superficiale, alla *biologia della risposta al trauma*, di cui esistono fondamentalmente due varianti neuropsicologiche. La prima è *la reazione di attacco o fuga* (fight or flight), mediata dal sistema noradrenergico, che coincide con i sintomi di iper-reattività. La sovrastimolazione, come avviene nel trauma, di importanti circuiti neuronali durante lo sviluppo, porta alla sensibilizzazione di alcuni di questi, che saranno attivati non solo dal trauma, ma anche da ricordi specifici dello stesso, sotto varia forma. La reattività poi potrà generalizzarsi, sicché il sistema di risposta al trauma del cervello infantile sarà attivato in continuazione anche quando il pericolo non sarà effettivamente presente. La sensibilizzazione del sistema noradrenergico condiziona la stimolazione di funzioni psicologiche, cognitive, comportamentali mediate dallo stesso sistema, e spiega la natura dei sintomi di questi bambini traumatizzati: iper attività, ansia, comportamento impulsivo, disturbi del sonno ecc. Questo tipo di risposta è più comunemente visto nei maschi adulti e nei bambini più grandi.

I bambini piccoli (quelli più vulnerabili) e le femmine, e più in generale ogni soggetto quanto più si sente impotente, più frequentemente attivano, con le stesse caratteristiche appena accennate che portano fino alla sensibilizzazione, l'altro tipo di reazione al trauma, cioè *la risposta di "congelamento"*, fino alla dissociazione. Questa risposta è mediata da una dinamica neuroendocrina completamente diversa, vale a dire dal sistema dopaminergico. Si ha quindi un aumento del tono vagale, con i correlati fisiologici che ne seguono (diminuzione della frequenza cardiaca, della pressione ecc.). È interessante che Perry utilizzi proprio la diminuzione della frequenza cardiaca come indicatore, ricavabile con metodo non invasivo, per misurare la dissociazione. I recettori della dopamina coincidono in diverse aree cerebrali con quelli degli oppioidi, con conseguente alterazione della percezione del dolore, del senso del tempo, dello spazio, della realtà.

Quando il bambino sperimenta una situazione-stimolo connessa al trauma (connessione di cui egli spesso non è consapevole), si sente profondamente angosciato, e si immobilizza cognitivamente e spesso anche fisicamente. Quando l'adulto gli chiede qualcosa, si comporta come se non avesse sentito, o si rifiuta di aderire alla richiesta. Ciò solitamente attiva altre richieste da parte dell'adulto, spesso accompagnate da minacce di punizioni. Queste caratteristiche verbali e non verbali della minaccia fanno sentire il bambino ancora più in pericolo e impotente. Quanto più in ansia si sente, tanto più passerà dall'ansia al sentirsi minacciato e poi terrorizzato, e se questa percezione è consistente potrà attivare una più profonda dissociazione.

Tutto questo processo spesso non è correttamente interpretato e ciò porta a errori diagnostici, per cui questi bambini sono etichettati come oppositivi e provocatori (cioè con disturbi della condotta). D'altra parte la reazione di congelamento può essere male

interpretata anche come assenza di sofferenza psicologica, o come indice di buon adattamento.

È importante pure notare che negli studi di Perry la maggior parte di bambini traumatizzati con PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) mostrano *un misto di risposte dissociative e di ipereccitazione*.

Perry sottolinea giustamente l'importanza della diagnosi e quindi dell'intervento precoci. Infatti ciò aiuta a prevenire il protrarsi della risposta neurobiologica al trauma, e quindi a evitare o limitare la possibilità, soprattutto nei bambini piccoli, che i circuiti neuroendocrini attivati dal trauma divengano permanenti, alterando la plasticità cerebrale e condizionando la personalità del futuro adulto.

3. LE AREE DA VALUTARE: I COMPORTAMENTI SINTOMATICI

3.1 Gli indicatori aspecifici

La gamma considerata comprende molti sintomi (peraltro ancor più diffusamente esaminati nel primo capitolo) che possono essere legati a problematiche varie, diverse per gravità, e certamente *non solo riconducibili all'abuso sessuale*. Non è quindi possibile affidarsi alla presenza di alcuni di questi indicatori per trarre conclusioni diagnostiche: essi possono segnalare (indicare, appunto) la presenza di un disagio, la cui natura va appurata. Raccomanda Kuehnle (1998): "Quando un bambino mostra cambiamenti significativi nel sonno, nell'alimentazione, nel controllo degli sfinteri, così come altri segni di sofferenza emotiva [...] vanno prese in considerazione ipotesi alternative all'abuso sessuale per spiegare la fonte dei cambiamenti e bisogna trarre conclusioni solo dopo avere raccolto ulteriori informazioni significative.

Pur con queste cautele, è innegabile che l'analisi dei comportamenti, e dei cambiamenti degli stessi nel tempo, sia uno dei tasselli importanti nel ragionamento diagnostico e nella costruzione intelligente e articolata di ipotesi eziopatogenetiche.

Alcuni autori si sono sforzati di dare una *lettura interpretativa* dei comportamenti sintomatici che indicano disagio psichico nel bambino, *correlandoli a dinamiche interiori* sviluppate da ogni soggetto per reagire all'esperienza traumatica sessuale. *Tale sforzo, dunque, per essere puntuale, presuppone la conoscenza dell'assetto di personalità del bambino, cioè dei temi e delle difese prevalenti intorno ai quali si articola il suo funzionamento psicologico.*

Per la maggioranza degli autori i sintomi comportamentali possono essere raggruppati in due grandi categorie. La prima comprende le manifestazioni dovute all'*interiorizzazione*, vale a dire angoscia, depressione, somatizzazioni, inibizioni; i sintomi da PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) appartengono a questa categoria. Il secondo gruppo raccoglie sintomi dovuti a *esternalizzazione*, come quelli della serie aggressività-delinquenza, iperattività; i comportamenti sessualizzati rientrano in questa serie.

L'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) propone un'ulteriore schema dei sintomi e dei comportamenti che possono presentarsi nei bambini abusati sessualmente, individuando le seguenti categorie:

- *sintomi da angoscia*, come paura, fobie, insonnia, incubi, problemi somatici (come enuresi, encopresi, prurito vaginale o anale, anoressia, obesità, cefalea, mal di stomaco), PTSD;
- *reazioni dissociative* e sintomi isterici, come periodi di amnesia, sogno ad occhi aperti, stati simili alla trance, attacchi isterici, disturbo da personalità multipla;

- *depressione*, manifestata sotto forma di bassa autostima, condotte suicidarie, automutilazioni;
- *disturbi del comportamento sessuale*, che saranno successivamente approfonditi nello specifico.

Infine Friedrich (1990), basandosi sul lavoro di Finkelhor e Browne (1985) sui vissuti traumatici, mostra i collegamenti possibili tra questi ultimi e i sintomi comportamentali. Lasciando a parte la *sessualizzazione traumatica*, ovviamente connessa ai comportamenti sessualizzati di cui si parlerà nel prossimo paragrafo, restano: la *stigmatizzazione*, che può spiegare sintomi quali isolamento, devianza, autolesionismo (cutters), rivittimizzazione; il vissuto di *tradimento*, che può connettersi logicamente alla depressione o all'iperdipendenza accompagnata da sfiducia tipica delle vittime; infine l' *impotenza*, che può essere il vissuto grazie al quale accade la trasformazione reattiva in vittimizzatore e che può spiegare il bisogno di controllo nei rapporti.

3.2 I comportamenti sessualizzati

I comportamenti sessualizzati, se presenti, sono probabilmente tra i pochi indicatori specifici di abuso sessuale (Friedrich, 1990), dato su cui esiste un sostanziale accordo in letteratura. Liebert (1998) esprime l'identico concetto per cui i sintomi che più orientano verso una diagnosi di abuso sessuale e impongono quindi la necessità di approfondimenti sono quelli inerenti i comportamenti erotizzati, dall'eccessivo interesse per questa tematica, a comportamenti in cui sono esibiti atti sessuali, alla masturbazione compulsiva, alla ripetizione dell'abuso su altri bambini. Anche Haesevoets (1997) si sofferma in particolare sulle condotte sessuali patologiche, come effetto della erotizzazione precoce. Identificandosi con l'abusante, il bambino può riprodurre una scena già vista, ma in genere i comportamenti sono eterogenei, dalla riattualizzazione dell'abuso alla ricerca di stimoli sessuali, come la provocazione, l'esplorazione o l'aggressione sessuale verso un altro bambino, l'erotizzazione del contatto con l'adulto, la masturbazione compulsiva, la produzione di parole e/o disegni sul registro sessuale.

Non va comunque dimenticato, come già detto, che tali manifestazioni sono presenti al massimo nel 40% dei bambini abusati, quindi la loro assenza non può fare escludere che l'abuso si sia verificato.

Riprendendo quanto Malacrea e Seassaro (1999) scrivono nella loro revisione della letteratura, comportamenti e conoscenze sessuali impropri per l'età possono essere indice di rischio di un'esperienza di vittimizzazione. Infatti "a ogni età i bambini non hanno la capacità di immaginare quanto va oltre il proprio bagaglio esperienziale. Non sono perciò in grado di inferire esperienze sessuali che non hanno appreso in qualche modo. Quando rappresentano nei giochi e nei racconti attività che legittimamente non dovrebbero conoscere, ciò merita senz'altro un approfondimento."

Ovviamente bisogna capire *quale sia il comportamento sessuale "appropriato per l'età"*. Lindblad (1995), Fitzpatrick (1995) in Europa e Friedrich (1991) negli Stati Uniti, solo per citare alcuni, nei loro studi sul comportamento sessuale dei bambini non abusati, giungono a conclusioni simili: è più frequente rilevare comportamenti sessualizzati nei bambini tra i due e i cinque anni, indipendentemente dal sesso; in età successive i comportamenti sessualizzati tendono a decrescere in modo più evidente nei maschi che nelle femmine, mentre per quanto riguarda il tipo, l'unica differenza consiste in una prevalenza del comportamento esibizionistico nei maschi.

Friedrich et al. (1992) hanno cercato di dare un '*peso specifico*' a ciascuna delle condotte sessualizzate attraverso uno studio multicentrico effettuato negli Stati Uniti e nel Canada. E' stata confrontata la frequenza di ciascuna manifestazione nel gruppo dei bambini abusati e nel gruppo 'normativo', costituito da bambini con altri problemi psicologici ma non abusati. La ricerca ha messo in luce che mentre alcuni comportamenti sono altrettanto frequenti nei due gruppi (o addirittura più frequenti nel gruppo 'normativo'), altri compaiono con frequenza bassissima nel gruppo 'normativo' (rispettivamente in meno dell'1% per i comportamenti definiti "molto rari", e in meno del 3% per quelli definiti "rari"), mentre sono presenti in misura significativamente maggiore nel gruppo delle piccole vittime (rispettivamente, fino all'11% e fino al 18%). *Tali comportamenti, quindi, configurano un indicatore diagnostico decisamente allarmante.* Essi sono: mimare contatti oro-genitali, richiedere agli adulti di coinvolgersi in rapporti sessuali, masturbarsi con oggetti, procurandosi dolore, inserire oggetti in vagina o nell'ano, come comportamenti "rarissimi"; imitare il coito, emettere suoni solitamente collegati all'atto sessuale, baciare "alla francese" (con penetrazione della lingua), spogliare altre persone, chiedere di vedere in televisione programmi esplicitamente sessuali, come comportamenti "rari".

Nel loro studio clinico su 87 piccole vittime, Malacrea e Seassaro (1999) hanno applicato alla loro casistica la griglia di analisi di Friedrich, trovando ampie convergenze. Le autrici suggeriscono anche, sulla base della loro esperienza, alcune *ulteriori specificazioni* nella individuazione di condotte erotizzate indicative di abuso sessuale. La prima considerazione riguarda il problema della *frequenza*, considerata elemento importante nel lavoro di Friedrich et al. (op. cit.) per giudicare la significatività del comportamento rilevato: le autrici constatano invece che talora manifestazioni del gruppo "molto raro" e "raro" possono assumere alta significatività anche se comparsi una sola volta, anzi in quel caso si pongono come "messa in scena" dell'abuso con straordinaria forza suggestiva; d'altro canto, accanto alla reiterazione di singole condotte dovrebbe essere considerata la con-presenza di più e multiformi condotte nello stesso bambino, come segnale di una profonda perversione a tutto campo, dell'identità e del modo di relazionarsi, di marca traumatica sessuale. Una seconda considerazione concerne la *tipologia* dei comportamenti significativi, tra cui due comportamenti particolarmente preoccupanti non citati da Friedrich. Si tratta del leccare o chiedere di essere leccato, "atto che può essere esplicitamente riferito a parti sessuali o effettuato/richiesto anche su altre parti del corpo [...] e che risveglia l'allusione a interazioni oro-genitali o comunque a un investimento anomalo per il bambino sull'area orale [...]. (p. 77); e della compulsione a vittimizzare sessualmente altri bambini più piccoli.

Quest'ultimo comportamento è stato molto studiato da Gil e Johnson (1993). Le autrici per comprendere che valore dare ai comportamenti dei bambini piccoli (entro i 12 anni) propongono uno spettro di manifestazioni ingravescenti. La base normativa comprende: *comportamenti sessuali adeguati all'età* con acquisizione di conoscenze - tra pari - su basi pienamente volontarie; assenza di vissuti di vergogna, paura, angoscia; atti facilmente controllabili. Segue il gruppo dei *bambini reattivi dal punto di vista sessuale*: in questi l'interesse è prevalentemente centrato su questioni sessuali; i comportamenti sessualizzati sono più frequenti e sproporzionati all'età; i piccoli sperimentano profonda vergogna, intensa colpa e angoscia. Spesso questi soggetti sono stati abusati sessualmente o esposti a materiale pornografico o provengono da famiglie ipersessualizzate. I comportamenti agiti sono soprattutto di tipo masturbatorio, ma se coinvolgono altri bambini, la differenza di età è minima e non c'è uso di forza, né vittimizzazione, né coercizione al silenzio. Spesso i comportamenti sessualizzati di questi bambini hanno caratteristiche post-

traumatiche, o consistono nella coazione a ripetere o nella messa in scena dell'abuso in precedenza subito. Talvolta questi comportamenti costituiscono delle rivelazioni indirette (Sorensen e Snow, 1991; Malacrea e Seassaro, 1999). E' relativamente facile controllare queste condotte, poiché solitamente non hanno caratteristiche di segretezza, manipolazione e sovraccarico di eccitazione tipiche dei bambini che abusano.

Il terzo stadio comprende *comportamenti sessuali gravi e agiti su altri*: essi hanno caratteristiche di compulsività, pervasività, presenza di tutta la gamma di atti sessuali degli adulti, uso di persuasione - ma non di forza - per coinvolgere gli altri bambini. Sembrano un modo ridondante per entrare in relazione con gli altri. Tutti questi bambini sono stati abusati sessualmente e/o fisicamente e/o provengono da famiglie altamente problematiche e ipersessualizzate. L'ultimo livello di gravità riguarda *bambini che abusano*: essi sono contraddistinti da pensieri e azioni pervase da sessualizzazione, impulsività, compulsività, aggressività. Ci sono sempre uso di coercizione, assenza di empatia, sentimenti di rabbia, solitudine, paura. La maggior parte di questi bambini è stata vittima di abuso sessuale, spesso anni prima che iniziasse la vittimizzazione di altri bambini. Il clima familiare è connotato dall'estrema violenza tra i genitori. Solitamente la gratificazione sessuale non è il movente prioritario di questi comportamenti: quando questi bambini sperimentano vissuti dolorosi, e sono angosciati, cercano uno scarico passando all'atto sessuale e/o aggressivo. Dopo un fugace sollievo, essi si sentono peggio, e ricomincia il ciclo.

In letteratura c'è un sostanziale accordo sul fatto che bambini che esibiscono comportamenti erotizzati impropri e/o che abusano abbiano potuto subire in precedenza esperienze simili. Questo dato va maneggiato con molta attenzione e molto equilibrio, per evitare che i bambini vittime di abuso sessuale possano ritrovarsi automaticamente etichettati come futuri aggressori sessuali.

Quanto alle possibili spiegazioni sull'origine di questi comportamenti Gil e Johnson ci ricordano, riprendendo il sempre utile concetto di vissuto traumatogeno di sessualizzazione traumatica di Finkelhor e Browne (1985), che i bambini abusati attivano comportamenti sessuali inadeguati *come esito di un apprendimento*. Imparano a scambiare attenzioni e affetto con sesso (rinforzo positivo) e/o a evitare punizioni attraverso la disponibilità sessuale (rinforzo negativo). Imparano che il sesso può modulare l'ansia e promuovere vissuti di sicurezza e benessere, nonostante contemporaneamente ne risultino inquinati ogni ricerca e ottenimento di accudimento, con conseguenti vissuti di vergogna, confusione, isolamento. Inoltre lo sviluppo sessuale è distorto dall'inappropriata ed eccessiva attenzione a sensazioni e comportamenti che normalmente insorgerebbero in modo graduale nel corso della crescita. Il clima emotivo in cui si svolge questo tipo di apprendimento può ulteriormente spaventare e confondere i bambini, che non hanno strumenti per comprendere i vari aspetti dell'eccitazione sessuale. Tutto ciò ha conseguenze durature e spesso fa da 'imprinting' su ciò che il bambino impara sulla sessualità adulta. Di conseguenza i bambini possono centrare i loro interessi in modo eccessivo o insolito su questioni sessuali e possono infine coinvolgersi in atti sessuali inappropriati con altri bambini o con adulti (Gil e Cavanagh Johnson, 1993).

Anche Friedrich (1990) nell'elencare i problemi di comportamento sessuale rilevati nei bambini abusati (comportamento sessuale aggressivo, comportamento che riflette un'alterazione dei confini personali, confusione di genere, comportamento autostimolatorio eccessivo), concorda con la dinamica appena descritta

In aggiunta va considerato che se il contesto familiare è caratterizzato da abuso fisico, rifiuto, e conseguente ansia da separazione, ciò intensifica l'importanza delle modalità

sessuali, facilitando l'erotizzazione dei bambini. Così molti bambini piccoli non riescono a distinguere tra relazioni affettuose e sessualizzate, eccitandosi sessualmente in risposta all'accudimento fisico o alla vicinanza affettiva. Inoltre l'attività erotica diventa gratificante come nessuna altra, così che nessuna ricompensa può indurre ad abbandonarla. Friedrich spiega come la persistenza di questi problemi non sia solo la riproduzione di una risposta appresa, ma rappresenti anche un tentativo attivo del bambino di fare fronte all'esperienza dell'abuso. Secondo questa prospettiva, i bambini si affidano ai comportamenti sessuali per preservare un senso di integrità e di autostima.

Il comportamento sessualizzato può e deve essere valutato nel dettaglio.

Una importante risorsa in tal senso è il *CSBI (Child Sexual Behavior Inventory)* di Friedrich, pubblicato ufficialmente come strumento diagnostico nel 1997, ma sperimentato a lungo negli anni precedenti: esso valuta qualitativamente e quantitativamente, tramite un questionario somministrato alla madre o alla persona che si occupa primariamente del bambino, i comportamenti sessuali rilevati nei sei mesi precedenti la valutazione, schematizzati dall'autore in 35 possibili condotte. La scala è applicabile a soggetti di età compresa tra 2 e 12 anni (a loro volta distinti in due fasce: 2-6 anni e 7-12 anni): infatti l'autore ritiene che al di sopra dei 12 anni i comportamenti sessualizzati siano molto meno decifrabili nel loro significato e nella loro portata 'normale' o 'patologica', per effetto sia della naturale evoluzione nell'interesse sessuale nei ragazzi, sia per la possibilità per questi di accedere a molte più fonti di informazione circa la sessualità adulta. Si può affermare che attualmente tale strumento (pubblicato in appendice di questo paragrafo 3, nella versione riveduta che tiene conto della frequenza delle condotte elencate nella popolazione abusata) raccolga *convergenti consensi* anche tra gli studiosi più severi (vedi Kuhlenle, 1996). Tuttavia, come si è ricordato numerose volte a proposito degli altri indicatori, valgono per l'uso di questa "checklist", così come più in generale per il rinvenimento dei sintomi di sessualizzazione traumatica, i soliti inviti alla cautela: tutti i dati devono essere valutati alla luce del più ampio contesto costituito da tutte le informazioni raccolte, e devono essere prese in considerazione ipotesi alternative a quella dell'abuso. Può essere utile sapere ciò che Friedrich stesso (AA.VV, 1998) racconta rispondendo a una domanda sui pericoli dell'uso improprio della sua CSBI come metodo diagnostico su cui unicamente basare la diagnosi di abuso sessuale. Friedrich dice dunque che nel suo studio sull'applicazione del CSBI in bambini in età prescolare i tre casi con più alto punteggio alla scala erano relativi a soggetti che, al termine della valutazione, erano stati ritenuti non abusati, in quanto accanto ai dati sulle condotte erotizzate ne erano presenti altri che escludevano l'abuso. Va pure notato, tuttavia, che l'autore ha considerato dirimente nel giudizio anche il fatto che i tre bambini stessi non avessero mai fatto alcuna rivelazione di abuso sessuale (dato che sappiamo quanto sia rischioso sopravvalutare).

L'ultimo articolo dello stesso autore (Friedrich et al., 2001) è particolarmente importante in quanto, utilizzando la più recente versione del CSBI (con item descritti con termini di più facile comprensione), viene comparato al campione di bambini normali e a quello di bambini abusati anche un campione di bambini non abusati con disturbi psichiatrici. I comportamenti sessualizzati, consistenti soprattutto nell'alterazione dei confini personali e in maggiori conoscenze e interessi sessuali, erano più presenti nel gruppo di bambini con disturbo psichiatrico rispetto al gruppo di bambini normali, ma il punteggio totale e la gravità dei comportamenti sessualizzati erano maggiori nel gruppo dei bambini abusati rispetto a entrambi gli altri due campioni. Gli autori sottolineano come ci sia una correlazione tra i risultati del CSBI e le caratteristiche dell'abuso: infatti i bambini con evidenze mediche (che avevano subito penetrazione orale, genitale o anale), abusati all'interno della famiglia, abusati

da più di una persona, con maggiore frequenza e durata esibivano un comportamento sessualizzato più grave.

3.3 *Le manifestazioni da PTSD*

Vanno ora considerati i sintomi dovuti al *disturbo da stress post traumatico (PTSD)*. Nel primo capitolo già si è parlato di questa sindrome e di quali siano i criteri diagnostici secondo il DSM IV. In questo paragrafo ci occuperemo quindi di *sottolineare alcuni punti nodali relativi alla valutazione*.

Come ricorda Paola Di Blasio (2000) la relazione tra PTSD e maltrattamento infantile, abuso sessuale compreso, è assolutamente accertata, (Wolfe e Gentile, 1989, McLeer et al., 1998), tanto che ormai la letteratura più recente non si occupa più di dimostrare tale legame, concentrandosi invece sugli approfondimenti clinici.

Oltre che nell'immediatezza dell'abuso, il PTSD è una riconosciuta conseguenza a lungo termine dell'esperienza traumatica (Briggs e Joyce, 1997). Infatti proprio la natura traumatica dell'abuso è responsabile delle difficoltà emotive delle vittime al di là delle loro possibili difficoltà personali precedenti e di altra origine, come sostengono Rowan e Foy (1993).

Se è vero, come ben illustra Danya Glaser (2000) nel suo bellissimo lavoro di revisione della letteratura sugli aspetti neurobiologici dell'abuso e del maltrattamento, che trauma e abuso non sono sinonimi, mentre spesso continua a esserci confusione tra i due concetti, è anche vero che la vittima possa sperimentare l'abuso sessuale come un evento altamente traumatico, con tutte le conseguenze in termini di sindrome post-traumatica, e, come vedremo, di utilizzo di meccanismi di difesa di tipo dissociativo, fino alle estreme conseguenze della sindrome da personalità multipla.

Quindi da un lato, ricorda la Glaser, il PTSD è frequente nei bambini abusati, dall'altro non può essere considerato come una conseguenza inevitabile dell'abuso. L'autrice introduce anche utili distinzioni: vengono infatti citati van der Kolk e colleghi (1996) che considerano la diagnosi di PTSD, come schematizzata dal punto di vista psichiatrico, appropriata per gli adulti, mentre i bambini sviluppano reazioni più complesse, non totalmente comprese in questa categoria diagnostica. Infatti l'abuso cronico e la trascuratezza hanno più verosimilmente un effetto pervasivo sullo sviluppo.

Yule e colleghi (1999) suggeriscono di usare il termine "reazione da stress traumatico" per sottolineare che le indicazioni diagnostiche del DSM o dell'ICD possono non contemplare tutta la gamma di sintomi post-traumatici presentati dai bambini, soprattutto piccoli. Drell et al (1996) affermano che anche soggetti sotto i tre anni di età possono manifestare il PTSD: infatti la capacità di percepire e ricordare gli eventi, anche quelli traumatici esiste chiaramente fin dai primi mesi di vita. Questi autori, che non parlano di trauma da abuso sessuale in modo specifico, ma parlano di trauma in generale, anche di natura sessuale, danno suggerimenti importanti per la valutazione, che deve comprendere :

- una *raccolta anamnestica* che contenga sia la storia dello sviluppo del bambino, sia gli avvenimenti relativi al trauma

- la rilevazione di *sintomi tipici del PTSD* nei bambini: immagini e sogni intrusivi, esperienze in cui il bambino rivive o riattualizza il trauma in risposta a stimoli che lo rievocano, evitamento di situazioni e stimoli associati al trauma e comparsa di eventuali sintomi associati (restrizione della gamma di affetti, distacco, calo di interesse nelle attività significative, perdita di abilità recentemente acquisite) e/o presenza di sintomi

psicopatologici più generici, quali difficoltà nel sonno e ipersensibilità del sistema nervoso autonomo.

Gli autori sottolineano l'importanza dell'osservazione del bambino, soprattutto nel gioco, ponendo attenzione alle tematiche proposte o evitate dal piccolo e alle sequenze ripetute, tipiche del gioco post-traumatico magistralmente descritto dalla Terr (1981) come caratterizzato dalla compulsività, dalla non risoluzione positiva, dal malessere crescente del bambino, dai sintomi neuro-vegetativi che lo accompagnano (vedi anche cap.I).

Anche la Glaser ritiene che sia possibile diagnosticare il PTSD anche in bambini in tenera età, grazie al metodo individuato dai citati Scheeringa et al. (1995), metodo che si basa sull'osservazione dei comportamenti.

Yule e colleghi (1999) evidenziano la necessità, particolarmente importante appunto per i più piccoli, di *sviluppare strumenti adatti alla diagnosi*. Essi indicano per la valutazione un processo diagnostico classico, basato sul colloquio con gli adulti di riferimento e l'esame diretto del bambino, utilizzando il gioco e il disegno, teso a indagare non solo gli aspetti fattuali del trauma ma anche i pensieri e le sensazioni legati ai vari momenti del trauma. Questi autori evidenziano inoltre come interessante e promettente l'uso di rilevazioni di tipo psicofisiologico (alterazione della frequenza cardiaca e altri parametri biomedici), che però attualmente sono previsti solo in fase sperimentale e non clinica.

È importante tenere presente che *i sintomi del PTSD sono simili a quelli della sindrome da deficit di attenzione con iperattività* (DDAI, o ADHD, attention deficit hyperactivity disorder secondo il DSM III-R), e può quindi sorgere un problema di *diagnosi differenziale*.

Mentre i bambini con ADHD senza trauma sono quasi esclusivamente maschi, l'ipervigilanza e l'iperattività possono essere presenti sia nei maschi che nelle femmine abusati. La discriminazione, poi, dovrebbe poggiare soprattutto sulla individuazione della patogenesi di tali condotte. Infatti nelle piccole vittime esse derivano dal fatto che alcune componenti dell'abuso pregresso diventano segnali capaci di provocare paura e ansia anche se non sono poi effettivamente seguiti dall'abuso. È il caso per esempio di odori o suoni, o immagini visive associate all'abuso che, pur presentandosi al di fuori di esso, e quindi anche dopo che esso è cessato, sono elaborate dal sistema nervoso come indicatori di pericolo ed evocano una risposta di iperallarme, con ipereccitazione e angoscia, spesso senza che il bambino che li sperimenta sia consapevole della connessione con l'abuso stesso (Glaser 2000).

Altra diagnosi differenziale importante è quella con disturbo dell'apprendimento. Infatti i bambini affetti da PTSD manifestano anche interferenze con il processo di apprendimento, in quanto nello stato dissociato non possono rientrare in possesso di informazioni apprese nello stato di non dissociazione e quindi utilizzarle. È importante dunque mettere a fuoco nella valutazione la natura secondaria del problema. Analogamente bisognerà evitare di leggere la discontinuità delle prestazioni scolastiche come indicativa di comportamento oppositivo, per esempio quando sembra che i bambini si rifiutino di eseguire compiti di cui sono capaci.

Come si può intuire, questo stato di cose ***rende problematica l'applicazione con questi bambini di test che misurino il livello intellettuale*** (che infatti non verranno trattati in questo capitolo). Gli autori che raccomandano tale valutazione per completare il quadro generale e capire quali siano le competenze verbali del bambino e se esista una discrepanza tra potenzialità intellettive e performance scolastiche, devono tener conto degli artefatti derivanti dalle difese dissociative post-traumatiche.

Un'ultima avvertenza circa le insidie che richiedono accurata diagnosi differenziale riguarda il rischio di identificare i piccoli sofferenti per PTSD come bugiardi quando negano di avere fatto o detto cose, che invece si sono direttamente osservate, ma possono far parte di ricordi dissociati: tale comportamento può farli diagnosticare erroneamente come affetti da disturbo della condotta (*disturbo oppositivo-provocatorio*, DSM III-R).

Per quanto riguarda l'uso di strumenti diagnostici per valutare l'impatto del trauma, la *TSCC (Trauma Symptoms Checklist for Children)* di Briere (1996) è uno dei pochi che nelle varie revisioni della letteratura sia confermata come valida e affidabile.

Come spiega l'autore, si tratta di una scala usata in autosomministrazione per la valutazione dei bambini tra gli 8 e 16 anni, che hanno subito esperienze traumatiche tra cui abuso sessuale, maltrattamento fisico, vittimizzazione da parte di pari (fisica o sessuale), lutti importanti, violenza assistita, disastri naturali. Essa consiste di 54 item suddivisi in 6 scale cliniche riferite alla modalità prevalente di reazione al trauma: ansia, depressione, rabbia, stress post-traumatico, dissociazione e problematiche sessuali. Queste ultime scale sono a loro volta suddivise in due sottosezioni. La TSCC è stata standardizzata e ne sono state provate le caratteristiche psicometriche, di validità e di affidabilità (validity e reliability). In un recente studio Sadowski e Friedrich (2000) evidenziano le caratteristiche di validità e affidabilità di ognuna delle scale e sottoscale della TSCC: gli autori sottolineano come questo strumento sia efficace nel discriminare il gruppo di pazienti abusati dal resto del campione in uno studio su adolescenti ricoverati in psichiatria.

Nell'illustrare la TSCC, Briere conclude che può fornire importanti dati sui sintomi del bambino traumatizzato, *invitando tuttavia a non utilizzarla come strumento isolato, raccomandando invece di inserirla in una batteria di test e in un contesto di colloqui clinici e di raccolta di tutte le altre informazioni utili, raccolte da genitori, insegnanti, medici, indagini legali ecc.*

Proprio in questa direzione vanno anche avvertimenti più specifici di Briere: ad esempio a proposito della scala PTS (Post Traumatic Stress, che indaga la presenza di pensieri intrusivi, sensazioni, ricordi di avvenimenti dolorosi, incubi, paura degli uomini, paura delle donne, evitamento di pensieri e ricordi negativi), l'autore sottolinea che questa scala risulta in un certo senso sbilanciata, in quanto prende in considerazione molti più sintomi intrusivi che derivanti da evitamento o da iper-reattività. Di conseguenza egli raccomanda, per potere correttamente porre diagnosi di PTDS, di prendere in considerazione anche queste ultime categorie di sintomi, utilizzando le scale ANX (ansia) e DIS (dissociazione) della TSCC, e comunque di ricorrere al colloquio clinico utilizzando i criteri del DSM IV (già ricordati nel capitolo I di questo volume).

Per quanto riguarda la natura del trauma, la scala SC (sexual concerns) consente di individuare problematiche in area sessuale, comportamenti erotizzati insoliti per l'età e conflitti o disagio associati a tematiche sessuali, che possono essere indice di abuso sessuale. Le domande, sottolinea Briere, raccolgono essenzialmente pensieri o vissuti soggettivi, che possono non corrispondere ad agiti, ma che sono atipici se incongrui con l'età o esagerati rispetto alla norma: per esempio, "penso di fare sesso" oppure "sperimento sensazioni sessuali nel mio corpo"; in altri casi evocano risposte sessuali indesiderate ("penso al sesso senza volerlo"), oppure timore di essere abusato ("non mi fido degli altri perchè temo possano volere fare sesso con me"). I bambini con punteggio particolarmente elevato in questa scala possono essere stati erotizzati precocemente o avere subito un trauma sessuale. Tuttavia, anche in quest'area Briere invita alla cautela: infatti questi segnali possono essere conseguenza di abuso sessuale, ma anche di esposizione a materiale pornografico o ad attività sessuali, o di vittimizzazione sessuale da parte di pari.

Proprio per favorire una valutazione analitica, la scala SC comprende due sottoscale, una denominata SC-P (Preoccupation), i cui valori elevati indicano preoccupazioni o comportamenti sessuali impropri per l'età, dato che si riscontra spesso associato alle esperienze di abuso (Friedrich, 1994); e SC-D (*Distress*) che riflette disagio o sofferenza o conflitti relativi a questioni o esperienze sessuali. È questa la scala che *più è correlata*, anche se non inevitabilmente, *all'abuso sessuale*.

Nel 2001 è stato pubblicato uno studio sull'utilizzo e la validazione della Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC, ancora inedita) utilizzabile nei bambini dai 3 ai 12 anni (Briere et al., 2001). Questo nuovo strumento appare anche più articolato del precedente, con attenzione alla modalità di coping sviluppata dalle piccole vittime: la sperimentazione è ancora in corso.

Come si accennava in precedenza, anche la *dissociazione* può essere collegata, a vario livello, al trauma infantile, soprattutto sotto forma di abuso sessuale e/o fisico, come è noto fin dal XIX secolo grazie ai lavori di Janet.

La dissociazione è dunque una delle possibili risposte al trauma. Sappiamo che le esperienze traumatiche, quali esse siano, ma soprattutto quelle provocate dall'uomo, improvvise e imprevedibili, e l'abuso sessuale rientra a pieno titolo tra queste ultime, aumentano il rischio di psicopatologia in adolescenza o in età adulta. Diventa fondamentale diagnosticare correttamente le conseguenze dissociative del trauma anche a fini terapeutici (Perry, 1995).

Putnam (1993) spiega come la presenza di episodi dissociativi transitori durante lo sviluppo sia normale e diminuisca con l'età, mentre è rara nell'adulto. Il trauma sembra interferire con il normale affievolirsi con l'età della capacità di dissociarsi.

La dissociazione è un meccanismo difensivo particolarmente efficace, anche se disfunzionale, in concomitanza con l'abuso. Consente di risolvere conflitti inconciliabili, di sfuggire dalle costrizioni della realtà, di isolarsi da esperienze catastrofiche, proteggendo il se', di sfuggire al dolore, anche fisico, grazie all'effetto analgesico. Tuttavia quando diventa un meccanismo automatico si innesta la patologia, provocando una frattura nel senso dell'identità e della continuità della memoria e dell'integrazione del sé. I disturbi psicopatologici che ne derivano possono essere collocati in uno spettro che va dall'amnesia psicogena a stati di fuga e di depersonalizzazione fino alla grave sindrome da personalità multipla (Ross, 1985).

Sembra utile la definizione di West (1967), citata da Putnam, secondo la quale la dissociazione è un processo psicofisiologico che altera i pensieri, i vissuti e le azioni di una persona di modo che per un certo tempo alcune informazioni non sono associate e integrate alle altre come normalmente e logicamente avviene: "La dissociazione patologica è uno stato di coscienza a parte, attivato in modo ricorrente dal trauma o da stimoli connessi al trauma, ed è funzionale a ritenere informazioni che possano essere tenute separate dalla consapevolezza"

Riconoscere e interpretare correttamente i sintomi dissociativi è di fondamentale importanza diagnostica.

Nei bambini, soprattutto piccoli, a differenza di quanto avviene negli adulti, è normale che ci siano momenti in cui non c'è la consapevolezza della continuità del proprio sé e del trascorrere del tempo. Ciò rende meno accurata la possibilità di diagnosticare i problemi relativi alla dissociazione utilizzando scale autosomministrate. Invece l'approccio diagnostico migliore si basa sull'osservazione clinica e su quella effettuata da adulti di riferimento che vanno attivamente edotti e coinvolti nel processo diagnostico al fine di individuare e documentare momenti di amnesia, cambiamenti nelle capacità e nelle

conoscenze e preferenze e altri sintomi dissociativi (Putnam, 1993). Spesso il bambino è definito come "particolare, diverso dagli altri", senza riuscire maggiormente a dettagliare in cosa consista la differenza. Altre volte invece presenta sintomi che spesso fanno porre diagnosi di problemi di attenzione, di apprendimento o di comportamento se non di psicosi. Si pone quindi un problema di diagnosi differenziale.

Lo studio di Putnam riporta la presenza, in percentuali che vanno da un terzo dei casi al 90%, di allucinazioni uditive sotto forma di voci persecutorie, che ordinano al bambino di fare del male a qualcuno o discutono tra loro commentando malevolmente il comportamento del bambino, o più raramente voci che confortano il bambino durante gli episodi di abuso. I bambini più piccoli possono descrivere allucinazioni visive come "fantasmi" o "fate". Sfortunatamente, commenta l'autore, *la presenza di allucinazioni condiziona la diagnosi errata di psicosi o schizofrenia*. Queste allucinazioni non rispondono ai neurolettici.

Il singolo sintomo che maggiormente definisce il disturbo dissociativo è la presenza di stati di simil trance, in cui il bambino è assente, spesso a occhi sbarrati, e non sembra in contatto con l'ambiente. Ciò a volte ha condotto a diagnosi, mai supportate da evidenze elettroencefalografiche, di piccolo male epilettico. L'attenta osservazione del bambino permette di collegare questi momenti a particolari fattori scatenanti che non è difficile ricollegare al trauma originario. Il bambino può sia essere inconsapevole di questi momenti e riprendere subito l'attività che stava svolgendo prima della dissociazione, come se nulla fosse avvenuto, sia esserne stupito e disorientato (Putnam, 1993).

Pur con i limiti sopra accennati, nei bambini a partire dagli otto anni la scala DIS (dissociazione) della TSCC può essere un valido ausilio diagnostico.

Anche al Rorschach può essere rilevata la dissociazione, segnalata in primo luogo dalla regressione ingravescente dalla prima all'ultima delle tavole: "il bambino solitamente inizia in modo molto adeguato con la prima tavola [...], ma poi può deteriorarsi mano a mano che compare il colore e le tavole diventano più complesse". L'altro indicatore importante si ha quando il bambino dà una risposta, in particolare anatomica o sessuale, che poi all'inchiesta nega di avere dato (Friedrich, 1990).

3.4 Appendice

Frequenza dei comportamenti sessuali e della percentuale di conferma degli items discriminanti

Item (abbreviato)	% nel gruppo normativo	% nel gruppo clinico
Mette la bocca su parti sessuali	0.1	8.2
Chiede di coivolgersi in atti sex	0.4	11.6
Si masturba con oggetti	0.8	11.2
Inserisce oggetti in vagina/ano	0.9	11.2
<i>Imita il coito</i>	<i>1.1</i>	<i>14.1</i>
<i>Produce suoni sessuali</i>	<i>1.4</i>	<i>13.1</i>
<i>Baci "alla francese"</i>	<i>2.5</i>	<i>13.1</i>
<i>Sveste altri</i>	<i>2.6</i>	<i>18.0</i>
<i>Chiede di vedere programmi sex in TV</i>	<i>2.7</i>	<i>15.0</i>
Imita comportamenti sex con bambole	3.2	17.5
Parla di atti sex	5.7	31.6
Tocca parti sex di altri	6.0	25.7
Strofina il corpo contro le persone	6.7	22.3
Si stringe ad adulti estranei	7.3	28.1
Mostra le parti sex a bambini	8.1	24.8
Usa parole sex	8.8	30.6
Apertamente aggressivo, apertamente passivo	10.4	35.4
Si masturba con la mano	15.3	28.6
Interessato al sesso opposto	23.0	33.5
Vuole essere del sesso opposto	4.9	10.2
Si veste come il sesso opposto	5.8	6.8
Parla seduttivamente	10.6	15.0
Pretende di essere dell'altro sesso	13.0	14.1
Guarda figure nude	15.4	18.4
Mostra parti sex ad adulti	16.0	18.0
Tocca parti sex in pubblico	19.7	21.8
Cerca di guardare persone che si svestono	28.5	33.5
*Tocca il seno	30.7	30.6
*Bacia bambini estranei	33.9	29.6
Bacia adulti estranei	36.2	39.3
*Siede esponendo il pube	36.4	36.0
Si spoglia davanti agli altri	41.2	42.7
*Tocca parti sex in casa	45.8	42.2
*Si gratta il pube	55.2	45.1
*Usa giocattoli del sesso opposto	53.9	29.1

Tratto da: Friedrich et al (1992) Child Sexual Behavior Inventory: normative and clinical comparisons, *Psychological Assessment*, 4(3), pag.307 (trad.it. ed evidenziazione grafica di M. Malacrea: in grassetto i comportamenti "molto rari"; in corsivo i comportamenti "rari"; con asterisco i comportamenti di pari o maggiore frequenza nel gruppo normativo).

4. LE AREE DA VALUTARE: L'ESAME DEL MONDO INTERNO

Accanto all'analisi dei sintomi comportamentali appena descritti, l'altro aspetto fondamentale della valutazione clinica è *l'esame del mondo interno*, la psicodiagnosi vera e propria, che consente di capire quale sia l'impatto delle esperienze reali su di esso, e di conseguenza di rilevare l'eventuale presenza di vissuti traumatogeni, tipici delle situazioni di abuso (impotenza, tradimento, sessualizzazione traumatica e stigmatizzazione, Finkelhor e Browne, 1985). Esso é indicato da vari autori come utilissima parte della valutazione delle situazioni di abuso sessuale dei bambini. (Friedrich, 1990; Babiker e Herbert, 1996; Faller, 1996; Malacrea 1994, 1998).

La valutazione psicologica è di enorme aiuto se utilizzata correttamente come contesto in cui collocare le parole del bambino, specie se piccolo, senza pretendere di basare la diagnosi esclusivamente su di essa. Faller (1996) inoltre sottolinea che tale intervento non si limita a rispondere alla domanda se l'abuso ci sia effettivamente stato, ma *tende a fornire un quadro diagnostico completo*, indicazioni terapeutiche ed elementi per prendere decisioni sul collocamento del bambino. ***In questa prospettiva la conoscenza analitica del funzionamento interno si pone come tassello indispensabile.***

4.1 Generalità sui test proiettivi

I test proiettivi sono parte fondamentale della psicodiagnosi. In generale, rispetto a ogni situazione di sofferenza psicologica, è corretto affermare che tale strumento può funzionare come *acceleratore della presa di contatto con il mondo interno*, se usato con sensibilità e in modo non intrusivo e non alienante. In particolare con i bambini, meno capaci degli adulti di significare sentimenti, pensieri, stati d'animo attraverso le parole, può essere utile *offrire 'piste' per stimolare l'associazione libera*, in modo affine ai canali già abitualmente utilizzati dai piccoli per esprimersi, come giochi, disegni, 'storie inventate', ma anche *in modo guidato*, per evitare la dispersione e smussare le resistenze. I test forniscono anche *materiale ampiamente confrontabile* con 'norme' e varianti delle stesse, permettendo una minore discrezionalità di interpretazione e una più facile comunicazione tra tecnici.

Anche nel caso di sospetto o accertato abuso sessuale questo strumento è da sempre molto utilizzato.

Benché nella premessa a questo capitolo già si sia fatta una revisione critica dell'uso dei test psicologici, vale comunque la pena di riprendere alcuni punti nodali prima di addentrarci nell'esame dei più comuni. Innanzi tutto bisogna ricordare ancora una volta che così come non esiste la sindrome dell'abuso sessuale, allo stesso modo non esiste un singolo test diagnostico specifico, vale a dire che permetta di identificare con totale sicurezza i bambini abusati. Waterman e Lusk (1993) concludono che non è possibile dire che i dati rilevati con l'uso dei test siano caratteristici e attribuibili all'abuso sessuale di per sé piuttosto che a una più generale sofferenza o trauma, con la sola eccezione delle misure che rilevano comportamenti sessualizzati. Riprendono ciò che dice Berliner (1990) su quanto sia pericoloso (e impossibile!) cercare il test patognomonico e ribadiscono che nessun mezzo diagnostico è valido preso a se stante.

Anche secondo Faller (1996) i test psicologici non sono sufficienti per stabilire se un bambino sia stato abusato sessualmente. Tuttavia, aggiunge citando le linee-guida dell'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1990) e dell'APSAC (American Professional Society on Abuse of Children, 1990), il loro uso può completare informazioni utili a questo scopo, oltre a fornire un quadro del funzionamento globale del

piccolo paziente. Inoltre ritrovare temi sessuali nelle risposte ai test proiettivi può dare maggiore credito alle affermazioni del bambino, può sostenere l'impressione di vittimizzazione rilevata da altre informazioni, così come le storie raccontate in risposta ai test possono diventare la fonte per ulteriori domande che permettono al bambino di raccontare quanto gli è accaduto.

Il problema sta quindi nell'uso che si fa dei risultati dei test, a partire dal fatto che non possono stabilire con certezza che ci sia o meno l'abuso sessuale. Pare appropriato, quindi, ***un uso contestuale, valutandone la congruenza o meno con tutti gli altri dati doverosamente raccolti.***

Secondo Waterman e Lusk (1993) i test proiettivi hanno *vantaggi e svantaggi*: se non raggiungono validità statistica per quanto riguarda conclusioni certe nel distinguere tra bambini abusati e non abusati, mantengono però un enorme valore clinico per quanto riguarda la comprensione dei vissuti e delle dinamiche del bambino, dei suoi punti di forza e di debolezza.

Per quanto riguarda i vantaggi, essi permettono l'accesso al mondo interno, che spesso i bambini abusati tendono a tenere rigidamente nascosto non solo agli altri, ma anche a se stessi. Consentono quindi di evocare materiale che il bambino può avere difficoltà a presentare spontaneamente. Tra gli svantaggi gli autori indicano problemi metodologici, essendo necessaria per la somministrazione tempo e particolare preparazione. Inoltre il problema dell'interpretazione è importante, soprattutto per alcuni test, come i disegni.

Anche Babiker e Herbert (1996) sottolineano che i test proiettivi hanno un enorme valore nel consentire l'esplorazione del mondo interno del bambino e nel favorire la comunicazione, ma il loro punto debole è la difficoltà di oggettivazione della interpretazione.

Va notato che dall'analisi della letteratura sull'argomento, letteratura quasi esclusivamente nordamericana, pare di capire che non sia secondario il fatto che i test proiettivi siano costosi, nel senso che è necessaria una preparazione specifica per somministrarli, che la somministrazione va fatta direttamente al bambino, e non all'adulto di riferimento o agli insegnanti, come invece è il caso della maggior parte di scale e checklist: quindi è richiesto un tempo maggiore.

L'effettiva utilità dei test proiettivi nel discriminare i casi di abuso sessuale è anche più recentemente un argomento variamente dibattuto in letteratura. Maxine West (1998) ha condotto una meta analisi di dodici studi su questo tema, concludendo per la grande efficacia delle tecniche proiettive nel distinguere i bambini disturbati da quelli non disturbati. Quanto alla natura della sofferenza, l'autrice afferma che queste tecniche possono distinguere i bambini abusati sessualmente da quelli che non lo sono, ma invoca la necessità di altri studi per capire il grado di accuratezza di tali risultati.

Nei vari studi analizzati dall'autrice si erano utilizzati il Rorschach, il TAT (Thematic Apperception Test), vari test basati sul disegno (della famiglia, della figura umana, della giornata preferita, della "casa- albero- persona", il Rosebush Q Sort test, basato sulla fantasia guidata su un cespuglio di rose che i bambini devono successivamente disegnare e poi descrivere), il Task of emotional development test e il Rosenzweig Picture-Frustration study form for children.

Questo articolo ha suscitato da parte di Garb e altri (2000) critiche di ordine metodologico, secondo le quali lo studio della West sovrastimerebbe la capacità dei test di individuare i bambini abusati. Nella sua risposta la West (2000) ricorda come sia ben noto che non esiste un singolo strumento proiettivo statisticamente significativo che dimostri l'abuso sessuale. Piuttosto, spiega, dalla sua meta analisi emerge come *esistano sub-items, all'interno dei vari proiettivi, che raggiungono rilevanza statistica nel distinguere tra*

bambini abusati e non, e conclude auspicando la messa a punto di un test che assommando i sub-items significativi possa aiutare a discriminare in modo più accurato tra bambini abusati e non abusati

Pur con i limiti sopra discussi, i test proiettivi restano fondamentali nella valutazione in quanto consentono di accedere al mondo interno dei bambini e di apprezzarne la qualità dei vissuti. Ritrovare vissuti e tematiche di grave sofferenza, di impotenza, di morte, di tradimento, di disvalore, di stigmatizzazione, di sessualizzazione traumatica (Finkelhor e Browne, 1985), che si sanno essere connessi all'esperienza delle vittime di abuso sessuale è un tassello importante in quella costruzione intelligente del ragionamento diagnostico che Babiker e Herbert (1996) ci invitano a fare.

Anche Friedrich (1990) è un convinto fautore dell'uso delle tecniche proiettive, come disegni, Rorschach, test basati sul racconto di storie da parte del bambino in risposta a disegni su tavole, citando il TAT e il CAT (Children Apperception Test) e altri strumenti simili, non utilizzati in Italia, quali il Roberts Apperception Test for Children (RATC) e il Projective Storytelling Test.

Il valore dei test proiettivi, come il TAT, nella diagnosi clinica è sostenuto anche dal lavoro di Ornduff e Kelsey (1996) in cui si evidenzia come il trauma da abuso sessuale o fisico abbia gravi effetti sulle relazioni oggettuali, provocando una visione di sé e del mondo peculiare, caratterizzata fundamentalmente da malevolenza, dall'aspettativa che le relazioni interpersonali siano pericolose e fonte di sofferenza, soprattutto nei casi di abuso sessuale, mentre nell'abuso fisico la malevolenza coesiste con livelli primitivi di investimento personale e di coinvolgimento nella relazione.

Ancora più libero dai problemi di standardizzazione è un altro presidio proiettivo, peraltro prezioso, in cui lo stimolo è costituito da materiale di gioco scelto in modo da provocare fantasie nel bambino relative ai legami significativi e costitutivi e, più in generale, alla visione del mondo e della propria posizione in esso. Ci riferiamo alle *osservazioni di gioco*, per le quali valgono gli stessi problemi relativi all'affidabilità e alla validità già discussi, ma che restano di impagabile valore clinico nella valutazione. Il gioco spontaneo consente di raccogliere una messe di informazioni sul bambino, sul modo in cui percepisce se stesso, in cui rappresenta le figure genitoriali, su come si relaziona con il mondo, ed è possibile apprezzare, in modo assolutamente non induttivo, la qualità dei suoi vissuti (Cattanach, 1992). Inoltre, come già accennato, non è raro che il bambino traumatizzato rimetta in scena il proprio trauma, il che consente di comprenderne la natura. Ma sono importanti anche la qualità e le modalità del gioco. Già si è detto di come un elemento diagnostico importante della sindrome post traumatica nel bambino sia la presenza dei giochi post traumatici, accuratamente descritti nel primo capitolo, al quale si rimanda. Si tratta in sostanza di giochi caratterizzati dal fatto di contenere in modo riconoscibile la storia del trauma, di essere effettuati in modo compulsivo, di essere imm modificabili, di non avere mai una soluzione positiva, di essere accompagnati dal malessere crescente del bambino che li crea (Terr, 1981). La presenza di tali giochi può, insieme agli altri dati, contribuire a definire la diagnosi rispetto al trauma e alla sua natura.

4.2 Il test di Rorschach

Questo test merita una considerazione particolare perchè dà elementi diagnostici preziosi. Pur non essendo descritto in letteratura nemmeno a proposito di questo test alcun indicatore patognomonico per l'abuso sessuale, esso resta uno strumento di notevole importanza clinica. Friedrich (1990) ricorda come esso dia informazioni rilevanti sul

funzionamento interno, sulle difese, sulla capacità o meno di modulare gli impulsi, sulla possibile sessualizzazione e violazione dei confini corporei.

L'altro valore del Rorschach (Friedrich, op.cit.) è la sua grande utilità per dedurre l'*aderenza alla realtà* del bambino (reality testing), argomento sempre delicato in contesto forense, dove può essere contestata la capacità del piccolo di discriminare la fonte dei vari "ricordi" (oggettiva o fantastica), invalidando così le sue dichiarazioni.

A questo proposito va tuttavia ricordato come vari autori descrivano nei protocolli del Rorschach dei bambini abusati difficoltà nell'accuratezza della percezione, scarsa convenzionalità nell'approccio con la realtà e disturbi del pensiero (Clinton e Monroe, 1994; Leifer et al, 1991; Zivney et al, 1988). Tuttavia Viglione (1990), ricordando che il contenuto del Rorschach può rappresentare un trauma reale piuttosto che conflitti intrapsichici, soprattutto nei bambini il cui mondo interno è maggiormente sensibile alle circostanze esterne, sottolinea come possa accadere di incontrare piccoli pazienti nel cui Rorschach si evidenziano segni di grave disturbo psichico, anche di tipo psicotico, contraddetti dagli altri dati clinici. Viglione mette in guardia dal *rischio, molto elevato nell'esaminare i bambini, di diagnosticare gravi patologie psichiatriche non discriminando correttamente tra grave patologia cronica e reazioni adattative (pertanto temporanee) allo stress*. Queste ultime, al contrario, possono essere indice dell'attivazione di resilienza psicologica, evidenziano cioè non solo un trauma ma anche il tentativo di elaborarlo. Un aumento consistente di risposte movimento inanimato e chiaroscuro diffuso, per esempio, è indicatore di reazione acuta a specifici eventi stressanti ambientali.

Da quanto sopra risulta giustificato il fatto che nel test di Rorschach, quando utilizzato nei casi di sospetto o accertato abuso sessuale, *siano molto più studiati gli aspetti di contenuto, che possono trasmettere il modello operativo interiorizzato dal bambino, e tutti i tratti che possono segnalare le scelte difensive, piuttosto che un'analisi di struttura di personalità di stampo psichiatrico*. Quindi, benchè sempre risulti importante un solido impianto interpretativo di base, molte più sfumature diventeranno rilevanti nella lettura del materiale raccolto, come dimostrano tutti gli studi specifici che più avanti verranno citati. Segnaliamo come particolarmente congruente con tale utilizzo duttile e sensibile di questo test l'impostazione di Chabert (1988) che, pur non occupandosi nè di bambini nè di situazioni traumatiche in specifico, trasmette un metodo analitico di riflessione che, al di là della scelta del modello di riferimento psicoanalitico, riesce a contemperare attenzione sia alle modalità interpretative sia ai contenuti affioranti, nella loro connessione o meno con i contenuti latenti delle tavole: metodo che molto e utilmente può orientare metodologicamente anche nelle situazioni traumatiche infantili.

I vari studi concordano nel mettere in luce gli aspetti di disagio ricorrenti rilevati nel Rorschach dei bambini abusati sessualmente. Clinton e Monroe (1994) mostrano nel loro lavoro che le piccole vittime hanno vissuti di ansia, impotenza, angoscia, depressione, incapacità di fare fronte allo stress, oltre che segni di evitamento, inibizione, coartazione affettiva, bassa autostima e deficit nell'accuratezza percettiva e nella convenzionalità nell'approccio con la realtà. Leifer et al. (1991), Zimmerman e Dillard (1994), Zivney et al (1988), Cavalieri (1996) illustrano nei loro lavori difficoltà analoghe.

Marinucci e Marinelli (1994) hanno sottoposto ad analisi il test di Rorschach di 18 bambini abusati sessualmente, compresi tra 6 e 16 anni (13 femmine e 5 maschi). Pur in una grande variabilità, si sono rilevate interessanti convergenze, sia relative agli *aspetti difensivi*, sia a quelli di contenuto. Quanto ai primi, gli autori hanno notato la tendenza a dare risposte di dettaglio, relative al bordo della macchia, o "astratte", "fantastiche", "geografiche"; lo scadimento alle tavole colorate; la scarsità di cinestesie primarie; il rifiuto concentrato alle

tavole IV e VI, a contenuto latente maschile-paterno: se ne deduce un elevato stato d'ansia nell'approccio al test, contrastato da movimenti difensivi di evitamento, congelamento, frammentazione. Quanto ai *contenuti*, risaltano risposte "anatomiche" e "sangue" (8%) come indice di un vissuto corporeo di danneggiamento.

Anche Rojas Breedy (1995) evidenzia l'elevata percentuale di contenuti insoliti, come "*sangue*", "*risposte anatomiche*" e "*sessuali*" sul totale delle risposte al test di ragazze abusate, segno dell'importanza di problematiche sessuali, di eccessiva preoccupazione per i confini del proprio corpo e probabilmente di presenza di pensieri e ricordi traumatici. L'autrice individua anche la presenza di *contenuti aggressivi*, interpretati come percezione delle interazioni umane come connotate da violenza e minaccia, e *contenuti morbosi*, segnale di percezione di sé come danneggiati. Ma l'aspetto più interessante del lavoro della Rojas Breedy consiste nell'analisi qualitativa delle risposte nei protocolli di adolescenti abusate, che mette in luce i vissuti di *impotenza* e impossibilità di fermare l'aggressore, evidenti nelle descrizioni di persone o animali legati, paralizzati; di *stigmatizzazione*, evidente come necessità di nascondersi, o come espressione della sensazione di essere diversi o danneggiati, proiettata su animali o cose; di *sessualizzazione traumatica* che appare nelle risposte in cui le relazioni sono associate a temi di sessualizzazione e di aggressività, o nelle risposte che denotano un aumentato interesse per tematiche sessuali, o avversione per contatti intimi, o associazioni negative con aspetti sessuali. Un altro aspetto interessante nell'esame dei contenuti dei protocolli è la presenza in alcuni di segni post traumatici, evidenti nelle risposte che contengono memorie intrusive o segnali di iperallarme. I risultati di questo lavoro di analisi qualitativa dei protocolli non hanno valore statistico e non consentono generalizzazioni, tuttavia sono preziosi nell'identificare il Rorschach come uno strumento importante per valutare l'impatto psicologico dell'abuso sessuale, *consentendo di individuare indicatori psicologici coerenti con quelli indicati in letteratura*.

Ornduff, Centeno e Kelsey (1996) hanno rilevato come i bambini maltrattati abbiano relazioni oggettuali caratterizzate da ciò che chiamano *malevolenza*, vale a dire tendenza ad attendersi che le relazioni siano pericolose, fonte di angoscia e di dolore. Gli autori studiano la malevolenza nel Rorschach, dove, secondo il sistema di Exner, vi sono due sigle che possono riguardare tali relazioni: AG (aggressività), sigla riservata a movimenti in cui è evidente un aspetto aggressivo e che indica la tendenza a vedere le relazioni come pericolose e negative, e COP, movimento cooperativo, che indica la tendenza a vedere le relazioni come di reciproco aiuto e positive. Essi propongono che il rapporto *AG/COP* divenga la sigla che indica le risposte di movimento in cui la collaborazione è a fini violenti o aggressivi. Nel loro lavoro di confronto di Rorschach di bambine abusate sessualmente e non abusate hanno evidenziato come la presenza del suddetto rapporto abbia rilevanza statisticamente significativa. Gli autori concludono che valutare la presenza di malevolenza nei bambini sospettati di avere subito abuso sessuale possa essere utile per avere maggiori indicazioni diagnostiche. Tuttavia va sottolineato come ciò confermi precedenti studi sulla malevolenza effettuati con i TAT, che hanno mostrato come il costrutto di malevolenza sia presente anche in bambini con grave maltrattamento fisico.

La Saunders (1991), in uno studio molto dettagliato delle caratteristiche del Rorschach in pazienti borderline adulte abusate e non, elabora un "Punteggio Dissociazione" ipotizzando una maggiore tendenza alla dissociazione nelle vittime di abuso. Sebbene il suo punteggio non riesca a discriminare i casi di abuso, esso riveste una certa importanza clinica, poiché *permette di identificare modalità di pensiero* che derivano da forti stati di angoscia e di confusione (Cavaliere, 1996). Il "Punteggio Dissociazione" prende in esame sei fenomeni percettivi, spaziali e mnestici che possono presentarsi nella risposta alle tavole del Rorschach.

Si tratta di *spostamenti estremi e inusuali nei percetti di una tavola* (per esempio un dettaglio molto piccolo e raro nella tavola VIII come "scarpe da donna o la rampa di lancio del missile Apollo"); *risposte inusuali e spesso arbitrarie in cui la distanza sembra esagerata e le collocazioni spaziali incoerenti* (per esempio alla tavola V "gente vista in lontananza che sta guardando dentro al Gran Canyon", in cui la gente, dettaglio superiore molto piccolo, è vista da sopra e il Gran Canyon, tutta la tavola, compreso lo spazio bianco, è visto in sezione trasversale); *descrizione delle forme come rovesciate rispetto all'orientamento effettivo della tavola*, senza che il soggetto ruoti effettivamente la tavola stessa; *forme viste attraverso veli o foschie*; *modi di vedere insolitamente frammentati*, che vanno oltre i consueti dettagli umani o animali (per esempio alla tavola X "lacrime" nei dettagli rosa, con il soggetto che all'inchiesta nega che siano associate a un volto); *frequenti vuoti di memoria che suggeriscono un'amnesia psicogena tra la risposta e l'inchiesta*.

La Saunders descrive inoltre, come segnale di trauma, i *movimenti "atipici"*. Si tratta di un modo di percepire e di descrivere l'azione come qualcosa che è accaduto in passato o che sta per accadere, o che è come congelata, sospesa (per esempio, alla tavola VI, "sembra un grande orso che sta per mangiare un indiano ... lo divorerà", oppure, alla I, "qualcuno ha schiacciato un calabrone", dove il calabrone è tutta la macchia). La percezione di tali movimenti segnala un'*attitudine del soggetto a non padroneggiare la realtà*, come se questa, persino nella proiezione fantastica (niente infatti delle macchie è in reale movimento) sfuggisse al suo controllo in modo ineluttabile e quasi sempre minaccioso.

Billingsley (1995) è autore di un interessante articolo in cui si propone come importante differenza al Rorschach, statisticamente rilevante, la presenza nei bambini abusati di *contenuti sessuali espliciti o simbolici*, siglati secondo il sistema di Exner. In questo lavoro si sottolinea come Exner (1990 e 1991) consideri i contenuti sessuali espliciti (descrizione di anatomia sessuale o genitale, atti sessuali, nudità, travestitismo descritto come tale) come normalmente non presenti al Rorschach fino ai dodici anni di età e rari anche in età successiva. Billingsley ipotizza che questi contenuti possano essere ritenuti trasformazioni inconse, o derivati, dell'esperienza dell'abuso. L'autore ne sottolinea l'importanza per i fini clinici, mentre invoca la necessità di ulteriori studi e puntualizzazioni per potere aumentare la possibilità di utilizzare questi dati a fini diagnostici.

La questione della presenza e del significato di elementi di sessualizzazione al Rorschach è affrontata anche in un recente articolo di Friedrich, Einbender e McCarty (1999) in cui risulta come nei protocolli del test di un gruppo di bambine abusate di età compresa tra i sei e i quattordici anni vi siano contenuti insoliti quali sesso e sangue in maniera significativamente superiore rispetto al gruppo di controllo di bambine non abusate, oltre a elementi indicativi di difficoltà nel modo di affrontare la realtà.

4.3 Il disegno

Le prove grafiche sono tra gli elementi che costituiscono l'esame psicodiagnostico (Liebert, 1998). Il test risulterà tanto più significativo quanto più si cercherà di stimolare nella prova grafica l'attivazione di pensieri, fantasie, ricordi che possano far affiorare i vissuti sottostanti.

Ad esempio Miller (1987) utilizza nella valutazione una serie di disegni, tra cui quelli delle emozioni, della famiglia, di ciò che fanno i genitori quando sono arrabbiati, di una preoccupazione, di un desiderio, di ciò che è accaduto, dell'aggressore, sottolineando come sia importante non solo ciò che il bambino disegna, ma anche ciò che esprime verbalmente in associazione mentale. Ciò consente di mettere maggiormente a fuoco non solo i fatti ma

i vissuti del bambino, l'attribuzione di sentimenti a se stesso e all'altro, con grande valore diagnostico ma anche terapeutico, poiché ciò aiuta il piccolo a mettere in parole l'eventuale trauma.

Sempre nella stessa direzione, un test interessante è il CHAD test (The Childhood Hand that Disturbs, Davido, 1994), anche se si basa su dati empirici e non è standardizzato. Consiste in tre disegni: di ciò che il bambino faceva più frequentemente da piccolo (storia personale e familiare, eventuale traumatismo), delle mani (immagine corporea) e di una mano che dà fastidio (permette l'espressione di preoccupazioni e di ciò che dell'altro lo infastidisce).

Ovviamente l'interpretazione dei disegni deve tenere conto del più ampio contesto di vita del bambino e degli episodi 'fisiologici' della sua vita reale. Così, per esempio, si eviterà di considerare solamente l'ipotesi dell'abuso sessuale nel bambino di cinque anni recentemente circonciso che disegna un bambino con il pene sanguinante, o in quello di sei anni che evidenzia il seno nella rappresentazione di una donna essendo molto interessato all'allattamento del fratellino neonato (Malchiodi, 1998).

Malchiodi (1998), che oltre a riferirsi alla propria ricca esperienza professionale fa un'approfondita revisione critica della letteratura, avvisa che, come per gli altri strumenti diagnostici, il disegno, pure di fondamentale importanza nel mettere in luce aspetti della realtà in cui vive il bambino, delle sue emozioni e delle sue difese, e pertanto di enorme valore clinico, va utilizzato con le solite cautele nella valutazione dell'abuso sessuale. Non esiste infatti nel disegno delle vittime di abuso alcun segno patognomiconico, anche se si possono osservare caratteristiche peculiari che indicano la necessità di ulteriori approfondimenti e indagini.

Così come avviene per quanto riguarda i comportamenti, *la presenza di immagini o di temi sessualizzati* è un possibile indicatore di abuso sessuale: il disegno dei genitali, per esempio, è estremamente raro nei bambini non abusati. ***Tuttavia anche su questo punto le convergenze di opinione tra gli studiosi, pure ampie, non sono complete.***

Friedrich (1990) illustra uno studio sul CSBI (Child Sexual Behavior Inventory) che ha permesso di rilevare che i bambini abusati disegnavano genitali nella figura umana più spesso dei bambini non abusati, ma una percentuale di questi ultimi superiore all'atteso (Machover diceva infatti che il bambino normale non li disegna quasi mai) li aveva disegnati almeno una volta. "Tuttavia - sottolinea - quando il bambino disegna i genitali al disegno della famiglia, e la bocca e il seno sono grandi in modo sproporzionato, il bambino sta sicuramente dicendo che ciò per lui è fonte di disagio e di preoccupazione" (p. 85), e prosegue: "Quando i genitali sono raffigurati durante la somministrazione del disegno della persona in un contesto clinico, ciò dovrebbe avere valore patognomiconico" (Friedrich, 1990, p. 86).

A proposito delle caratteristiche grafiche che possono essere correlate all'abuso sessuale, Philippe Liebert, in uno dei pochi testi europei su queste tematiche (Liebert, 1998), concorda con gli autori americani sul valore indicativo e non assoluto dei disegni, e cita un'interessante distinzione di Burgess (1981) sulla differenza delle tematiche nei bambini abusati a seconda che ci sia stata o meno una rivelazione. In quest'ultimo caso, quando cioè il bambino non parla dell'abuso, i disegni rispecchiano fondamentalmente gli aspetti difensivi, sotto forma di soggetti e schemi stereotipati. Quando invece il bambino è riuscito a raccontare l'abuso, è più probabile che il disegno abbia contenuti sessuali espliciti, tra cui molto spesso la riproduzione dei genitali.

Anche l' AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1988) afferma l'importanza della riproduzione dei genitali nel suggerire la possibilità di un abuso

sessuale: ma avverte che anche l'assenza totale di caratteristiche sessuali deve essere guardata come un campanello d'allarme

Waterman e Lusk (1993) che nella loro revisione della letteratura a proposito dei test proiettivi si soffermano soprattutto sul disegno della figura umana, affermano che la presenza dei genitali può suggerire la possibilità dell'abuso sessuale, benché non possa essere considerata un elemento diagnostico conclusivo. Come l'AACAP richiamano l'attenzione più che altro sul deformato investimento di tematiche sessuali: infatti uno degli studi da loro citati mostra come le bambine abusate tendano sia ad esagerare che a minimizzare le caratteristiche sessuali delle figure che disegnano.

Hibbard (1987) termina la sua ricerca sulla presenza dei genitali nei disegni dei bambini abusati sottolineando che né la raffigurazione di questi dettagli può indicare la presenza dell'abuso sessuale, né può escluderla l'assenza degli stessi.

Faller (1997) pur concordando con il fatto che la presenza dei genitali nei disegni dei bambini non indichi necessariamente una situazione di abuso, ritiene la loro presenza un elemento importante, che consente di porre al piccolo domande non induttive, con la possibilità che ciò lo aiuti a parlare dell'abuso. Cita come esempio il caso di una bambina di cinque anni che alla richiesta di un disegno libero aveva disegnato il padre con un grande genitale e alla domanda su cosa servisse e se ne avesse visto uno, aveva descritto l'abuso.

Riassuntivamente Liebert (1998) conclude la revisione sulla letteratura sulla sessualizzazione nei disegni dei bambini abusati descrivendo tre livelli: *la sessualizzazione esplicita*, in cui il bambino disegna i genitali o atti sessuali, *la sessualizzazione simbolica formale*, in cui sono presenti elementi che hanno un carattere sessuale latente, solitamente individuabile per la forma particolarmente suggestiva (per esempio case o alberi fallici, esagerazione abnorme dei camini, o eccessiva quantità di fumo che ne esce, ecc.), *la sessualizzazione simbolica tematica*, in cui è la fantasmaticizzazione sul disegno che evoca in modo simbolico la vittimizzazione sessuale, trasmettendo quindi, si potrebbe dire con Finkelhor e Browne (1985), vissuti di sessualizzazione traumatica. Nella sua ricerca sui bambini vittime di abuso sessuale al di sotto degli otto anni, il dato sull'ipossessualizzazione non trova conferma, a differenza di quello sull'ipersessualizzazione.

Van Gijseghem (1995) sottolinea una possibilità di sessualizzazione del disegno alternativa a quella che riconosce l'abuso sessuale come origine, vale a dire quella che troverebbe le sue radici nel conflitto di coppia, percepito dal figlio come problematica di identificazione sessuale: ciò lo porterebbe a enfatizzare le caratteristiche sessuali dei personaggi.

È necessario quindi allargare il campo di analisi, non limitandosi alla rilevazione del dato sessualizzazione, ma guardando più da vicino il contenuto del disegno, le tematiche affettive presenti, ciò che il bambino racconta sul disegno stesso. Infatti, come sottolinea Friedrich (1990) oltre alla sua presenza va valutata la qualità del contenuto sessuale, vale a dire l'eventuale affioramento di vissuti di sessualizzazione traumatica (Finkelhor e Browne, 1985).

Anfossi (1998) illustra una delle poche ricerche italiane che confronta una serie di disegni di bambine abusate sessualmente all'interno della propria famiglia (disegno libero, della figura umana, della famiglia, delle emozioni) con quelli analoghi di un campione di controllo. Pur premettendo come sia necessario affiancare al disegno l'anamnesi e informazioni approfondite sul contesto, l'autrice rileva importanti caratteristiche peculiari dei disegni delle vittime di abuso. A proposito di sessualizzazione, rileva una presenza di simboli fallici di sei volte superiore nei disegni delle bambine abusate. Ma ancora più interessanti

sono i rilievi su *dettagli non sessuali*, e che pure permettono ad altri aspetti dell'esperienza traumatica di affiorare espressivamente.

Rimandando alla lettura del testo originale, evidenziamo alcune delle caratteristiche, descritte anche da altri autori, di cui non si è ancora parlato. La prima riguarda una particolare notazione sulla presenza di un "*riempimento coattivo del foglio con righe oppure macchie di colore o altri piccoli segni incongruenti con il tema della rappresentazione (ad esempio stelline, piccole croci, puntini)*" (pag. 37). La Anfossi ne dà un significato di bisogno di riempire gli spazi bianchi, che possono evocare angoscia per il vuoto.

Anche Malchiodi (1998) evidenzia la stessa caratteristica di presenza eccessiva di tratteggi nei disegni dei bambini traumatizzati, e oltre a ipotesi esplicative simili a quelle dell'autrice italiana aggiunge quella del significato quasi ipnotico, di tentativo di auto rilassamento. Accanto a queste ipotesi va considerata quella, più volte osservata nella pratica clinica, di attivazione di difese di tipo dissociativo, per tenere lontani dalla consapevolezza ricordi e vissuti troppo dolorosi.

Altro elemento importante è quello relativo alla *disarmonia dello schema corporeo*, segnale della violazione dello spazio corporeo, evidente nella tendenza delle bambine abusate a raffigurare figure umane incomplete in percentuale significativamente superiore rispetto alle bambine del gruppo di controllo: "Colpisce la mancanza in diversi casi dei piedi e delle mani o degli occhi, in altri del tronco o delle gambe. L'alta percentuale di assenza delle mani (26,6%), di piedi e gambe (26,6%) conferma i dati presentati in una ricerca sui disegni di vittime di abuso sessuale svolta in un distretto di servizi sociali americani" (Anfossi, 1998, p. 39).

Anche la Malchiodi nel suo libro, citando oltre alla propria esperienza quella di numerosi altri autori, rileva la presenza di un corpo umano incompleto come caratteristica frequente nelle vittime di abuso sessuale, così come la disorganizzazione delle parti del corpo e la regressione nella rappresentazione della figura umana, soprattutto nei casi di abuso ad esordio precoce e di lunga durata, e quindi particolarmente distruttivi del percorso evolutivo. Segnala inoltre la presenza di tematiche di svalutazione e stigmatizzazione.

Liebert tratta nel suo lavoro anche la regressione e la dissociazione grafica quale correlato alla fase acuta del trauma, con una dissociazione grafica dell'immagine corporea, la frammentazione strutturale e tematica, spesso con simbolizzazioni sessuali. Nella stessa ricerca si evidenzia un'altra caratteristica che differenzia i disegni dei bambini abusati, vale a dire *la presenza di "cuori"*. Questo elemento è descritto anche da Malchiodi (1998), la quale esprime la stessa necessità di cautela finora sottolineata, in quanto può essere presente anche in bambini non abusati.

Per quanto riguarda più in generale i disegni dei bambini traumatizzati, la Malchiodi (1998) spiega come alcuni bambini, soprattutto quelli abusati fisicamente o sessualmente, possono sentire come pericoloso raffigurare il trauma, e allora possono essere presenti solo contenuti metaforici, o *i disegni possono essere all'insegna di difese psicologiche, soprattutto di distanziamento*. L'autrice illustra poi la differenza tra trauma acuto, in cui i bambini possono essere più pronti e sollevati nell'utilizzare il disegno come mezzo espressivo, e trauma cronico (tra cui l'abuso sessuale), in cui *prima di potere esprimere il trauma tramite il disegno il bambino ha bisogno di tempo e di potere instaurare un rapporto con l'osservatore*, fattore di cui peraltro è importante tenere conto per qualsiasi passo diagnostico o di indagine che sia.

5. Conclusioni

La valutazione psicologica riveste un'importanza fondamentale per definire il panorama individuale, familiare e ambientale in cui collocare, al fine di poterli più accuratamente comprendere, le dichiarazioni e/o i sintomi del bambino che si sospetta essere abusato sessualmente. Ciò consente l'emergere di ***una visione completa della situazione*** e, pur con la necessaria prudenza nel costruire il ragionamento diagnostico, di *delineare un quadro* che può essere congruente o meno con gli altri elementi raccolti, e *compatibile o meno con il sospetto di abuso sessuale*. Se l'uso delle scale e delle checklist consente un'accurata raccolta e organizzazione dei sintomi, dei comportamenti e degli stati d'animo, indicativi del modo di percepire se stessi e gli altri, la psicodiagnosi consente di approfondire direttamente la conoscenza del mondo interno del bambino.

Tutto il processo descritto riveste un importante valore clinico, permettendo un approccio non intrusivo al bambino, e potendo diventare ***un'importante occasione terapeutica*** là dove, *in modo rispettoso e non induttivo, può dare alla vittima l'occasione di sentirsi compresa, di riconoscere e vedere riconosciuti i propri vissuti e di potere dare un senso ai sintomi e ai comportamenti patologici e più in generale all'esperienza traumatica.*

Bibliografia

AA. VV. (1998) Behavioral Manifestations of Child Sexual Abuse: Discussion. *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, n. 6 pp. 537-39.)

AACAP (1988)

AACAP (1990) ????

AACAP Official Action (1997) Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused. *J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 36:3, pp.423-441

Anfossi, M. (1998) L'abuso sessuale intrafamiliare: come lo vivono e o rappresentano i bambini abusati. In: Giani Gallino, T. (1998) *A come Abuso, Anoressia, Attaccamento... Rappresentazioni mentali nell'infanzia e nell'adolescenza*. Bollati Boringhieri, Torino.

APSAC (1990) ?????

Babiker, G., Herbert, M. (1996) The Role of Psychological Instruments in the Assessment of Child Sexual Abuse. *Ch Abuse Review*, vo 5, pp. 239-251.

Berliner, 1991 (citata in Wolfe D.A. et al, 1994)

Billingsley, R. C. (1995) Indicators of Sexual Abuse in Children's Rorschach Responses: an Exploratory Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 4(2) pp. 83-98.

Briere, J. (1996) *Trauma Symptom Checklist for Children. Professional Manual*. PAR Psychological Assessment Resources, Inc. Odessa, USA.

Briggs L., Joyce, P. R. (1997) What determines post-traumatic stress disorder symptomatology for survivors of child sexual abuse? *Child Abuse & Neglect*, Jun (6) pp.575-82.

Cattanach, A. (1992) *Play therapy with abused children*. Jessica Kingsley Publishers, London.

- Cavaliere, G. (1996) Il Rorschach nell'indagine clinica dei bambini vittime di abuso sessuale. *Tesi di laurea presso l'Università di Studi La Sapienza di Roma, Facoltà di Psicologia.*
- Chabert C. (1988) *Il Rorschach nella clinica adulta*, Hoepli, Milano.
- Clinton G. T., Monroe V. J. (1994) Rorschach Responses of sexually Abused Children: An Exploratory Study. *Journal of Child sexual Abuse*, 3, 67-84.
- Coulborn Faller, K., (1994) *Child sexual abuse: intervention and treatment issues*. U. S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families.)
- David, R. (1994) *The Childhood Hand that Disturbs. Projective Test. A diagnostic and therapeutic drawing test (CHAD Test)*. Praeger Ed., USA.
- De Zulueta, F. (1993) *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*. Tr. It. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999.
- Di Blasio, P. (2000) *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino, Bologna
- Di Blasio, P. (2001) Rievocare e raccontare eventi traumatici. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, vol 3, n1, pp 59-82.
- Drell et al (1996) Disturbo post-traumatico da stress. In Zeanah C. H. *Manuale di salute mentale infantile*. Tr. it. Masson
- Everson, M. (1997) Elementi strani, improbabili, fantastici nel racconto dei bambini abusati (italiano). Tr. it. in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, vol.1, n. 1, apr 1999 pp. ???
- Finkelhor, D., Browne, A. (1985), The traumatic impact of child sexual abuse.: a conceptualization. *am. J. of Orthopsychiatry*, 55(4) pp. 530-541.
- Friedrich, W. N. (1990) *Psychotherapy of sexually Abused Children and Their Families*. W.W. Norton &Co., New York, London.
- Friedrich, W. N. (1998) Behavioral manifestations of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, vol. 22, n. 6 pp. 523-31.)

Friedrich W.N., Grambsch P., Damon L., et al. (1992) Child sexual behavior inventory: Normative and clinical comparisons, *Psychological Assessment*, 4 (3), pp. 303-311.

Furniss, T., (19??) *The multiprofessional Handbook of child sexual abuse. Integrated management, therapy & legal intervention*. Routledge ????

Garb, H. N. et al. (2000) Projective Techniques and the Detection of Child Sexual Abuse *Child Abuse & Neglect*, Vol. 24, N. 4, pp. 437-438.

Gil e Johnson (1993).

Glaser , D. (2000) Glaser, D. (2000) Child Abuse and Neglect and the Brain. A Review. *J Child Psychol Psychiatr* vol. 41, n. 1, pp. 97-116)

Green, A. H. (1993) Child Sexual Abuse: Immediate and Long-Term Effects and Intervention. *J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 32:890-902.

Herman, J. L. (1992) *Trauma and Recovery: the Aftermath of Violence* . Basic Books, ne York.

Hibbard R. A. et al. (1987) Genitalia in Children's Drawing: an association with sexual Abuse. *Pediatric nursing*, 11 (6), pp.421-426.

Kuehnle, K., (1998) Child Sexual Abuse Evaluations: the Scientist- Pratictioner Model. *Behavioral Sci and the Law*, 16, 5-20.

Kuenhle (libro)

Leifer et al. (1991)

Liebert, P. (1998) *Aider l'enfant à dire par le dessin*. Publications de l'Universite' de Rouen, Rouen.

Malacrea, M. (1994) L'effetto terapeutico della "validation" nei casi di abuso sessuale ai bambini. In Roccia, C., Foti, C., (a cura di) *L'abuso sessuale sui minori*. Unicopli, Milano.

Malacrea, M. (1998) *Trauma e riparazione. La cura dell'abuso sessuale all'infanzia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Malacrea, M., Seassaro, U. (1999) I comportamenti sessualizzati come indicatori d'abuso sessuale: validità e limiti. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, n. 1, pp. 59-81.

Malchiodi, C. (1998) *Capire i disegni infantili*. Tr. it. Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.

Marinucci s., Marinelli R., (1994) Psicodiagnosi individuale. In: Montecchi F., *Gli abusi all'infanzia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

McLeer S. V. et al. (1998) Psychopathology in non clinically referred sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, dec 37(12), pp. 1326-33.

Miller, T. W. et al, (1987) Projective Measures in the Clinical Evaluation of Sexually Abused Children. *Child Psychiatry and Human Development*, 18, pp. 51-52.

Ornduff, S. R., Kelsey, R., M. (1996) Object Relations of Sexually and Physically Abused Female Children: a TAT Analysis. *Journal of Personality Assessment* , 66(1), pp. 91-105.

Ornduff, S., R., Centeno, L., Kelsey, R. M. (1999) Rorschach Assessment of Malevolence in Sexually Abused Girls. *Journal of Personality Assessment* N. 73/1

Perry B. D. et al (1995) Childhood trauma, the Neurobiology of Adaptation and Use-dependent Development of the Brain:How States become Traits. *Da internet, CIVITAS Child Trauma Programs*

Putnam, F. W. (1993) Dissociative Disorders in Children: Behavioral Profiles and problems. *Ch Abuse & Neglect*, vol 17 pp. 39-45.

Reece (1998) Behavioral Manifestations of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, Vol 22, N. 6, pp.537-539

Rojas Breedy (1995)

Ross, C., 1985, DSM III: problems in diagnosing partial forms of multiple personality disorder. *Preceedings of the Royal Society of Medicine*, 78, 933-936.)

Rowan, A. B., Foy, D., W. (1993) Post-Traumatic Stress Disorder in Child Sexual Abuse Survivors: A Literature Review. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 6, N. 1, pp. 3-20.

Sadowski, C. M., Friedrich W., N. (2000) Psychometric Properties of the Trauma Checklist for Childre (TSCC) with Psychiatrically Hospitalized Adolescents. *Child Maltreatment*, Nov 5 (4), pp. 364-72.)

Starr R. H., (1987) Clinical judgment of abuse-proneness based on parent-child interactions, *Child Abuse and Neglect*, 11, pp. 87-92.

Terr, L. (1981) Forbidden Games. Post-Traumatic Child's Play. *J Am Acad Child Psychiatry*, 20, p. 741-760.

Van Gijseghem, H. (1995) Abus sexuel: attention aux diagnostics arbitraires. *L'école des parents*, mars 1995

Viglione D. J. Jr., (1990) Severe Distrbance or Trauma- Induced Adaptative Reaction: A Rorschach Child Case Study. *J of Personality Assessment*, 55 (1& 2), pp. 280-295.

Waterman, J., Lusk, R. (1993) Psychological Test in Evaluation of Child Sexual Abuse. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 17, N. 4, pp.145-159 .

Wells R. D. et al. (1995) Emotional, Behavioral, and Physical Symptoms Reported by Parents of Sexually Abused, Nonabused and Allegedly Abused Prpubescent Females. *Child Abuse & Neglect*, vol. 9, N.2, pp. 155-163.

West, M. (1998) Meta analysis of studies assessing the efficacy of projective techniques in discriminatng child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 22, N. 11, pp.1151-1166.

West, M., (2000) Response to Garb et al.'s Comments. *Child Abuse & Neglect*, Vol. 24, N. 4, pp. 439-441

Wolfe V., V., Gentile, C. (1989) The Impact of Sexual Abuse on Children: A PTSD Formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228.

Yule W. et al.(1999) Il disturbo post-traumatico da stress nei bambini e negli adolescenti. In Yule W. (1999) *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*. Tr. it. McGraw-Hill, Milano 2000.

Zimmerman, Dillard (1994)

Zivney et al (1988)

