

Chiara Bertonati

## ***Trattamento di gruppo per vittime di abuso sessuale e loro caregiver<sup>1</sup>: Analisi della letteratura.***

“A prescindere da quanto atroci possano essere state le esperienze di abuso, esse divengono comunque più tollerabili per gli individui, se paragonate alla frustrazione di non riuscire a trovare alcuna spiegazione plausibile per le loro esperienze”.

[1;cit.]

### ***1. Bambini vittime di abuso sessuale: il gruppo come terapia.***

Tra i vari percorsi terapeutici a disposizione, se provassimo ad immaginare quale potrebbe essere la modalità ideale per il trattamento nei casi di abuso sessuale su minori, inizialmente potremmo scartare la dimensione gruppale, in quanto ci si potrebbe chiedere: come la segretezza, l'intimità dei contenuti, i timori e le fantasie possono conciliarsi con l'accettazione della presenza di tanti partecipanti in ascolto?

L'esperienza clinica ha spesso smentito tale convinzione, sostenendo con forza l'utilità del gruppo in casi di abuso sessuale su minori. [2]

Numerosi studi dimostrano che la terapia di gruppo gioca, infatti, un ruolo rilevante nell'efficacia delle funzioni sociali

---

<sup>1</sup> Si utilizzerà da qui in poi il termine inglese “caregiver”, (datore di cura) in quanto si può estendere agli adulti di riferimento affettivo ed educativo dei bambini, siano essi genitori, naturali e adottivi/affidatari, parenti o altre figure educative.

del bambino, poiché gli offre un tempo ed uno spazio in cui interagire con altri coetanei all'interno di un ambiente sicuro. Favorisce inoltre l'aumento del livello di autostima grazie all'opportunità di scoprire e condividere che non si è i soli ad aver vissuto la stessa terribile esperienza. [3]; [4]; [5]

Si sottolinea poi, come il gruppo dei pari, evoca difficilmente il mondo degli abusanti, poiché per età e condizioni psico-sociali se ne discosta notevolmente, e che possa costituirsi quindi come contenitore in cui rivelarsi, confrontarsi e riconoscersi, strumento che agisce per gli uni e per gli altri come cassa di risonanza di vissuti emotivi, pensieri, ricordi e sofferenze comuni. [2]

E dopo che i bambini hanno letto sul volto degli adulti il dubbio e lo sconcerto per il contenuto dei loro racconti, e dopo che neanche il procedimento penale (talvolta) rende loro giustizia per il danno subito, finalmente il gruppo di terapia è lì a testimoniare la loro possibilità di essere creduti e legittimati.

Molteplici studi sull'efficacia delle terapie di gruppo per piccole vittime di abuso sessuale, hanno riscontrato numerosi effetti positivi nei bambini sottoposti a tale trattamento: aumento del livello di autostima, riduzione degli stati di ansia, dei sentimenti di rabbia, del senso di colpa, dei disturbi del sonno, e di tutta la sintomatologia della PTSD. [6];[4];[7]

Tuttavia è possibile che alcuni bambini non siano in grado di tollerare l'intensità di un trattamento di gruppo, per esempio quelli che hanno un pensiero fortemente dissociato o che fungono da facili distrattori per gli altri, potrebbe quindi essere necessario, in questi casi, un percorso individuale antecedente o concomitante.

Ogni bambino arriva da background diversi, storie diverse e soprattutto può trovarsi in fasi diverse dal punto di vista legale, familiare, psicologico,...del suo percorso dopo la rivelazione dell'abuso.

Siamo inevitabilmente di fronte ad una ampia eterogeneità di soggetti.

Alla luce di quanto detto, per tutti i partecipanti è indispensabile uno *screening* iniziale che indaghi varie aree: se l'abuso sia stato segnalato alle autorità legali di competenza, se la vittima abbia interrotto i contatti con il perpetratore, se i caregiver siano in grado di assumersi la responsabilità e l'impegno per tutto il programma di intervento terapeutico, affinché siano soddisfatti dei requisiti minimi generali di accesso.

Tendenzialmente si escludono dal gruppo pazienti psicotici o affetti da ritardo mentale o con gravi deficit dell'attenzione, a causa delle difficoltà di integrazione con i coetanei e nello svolgere le attività proposte.

Prima dell'inizio del trattamento è consuetudine somministrare una batteria di test (C.B.C.L., C.D.I., T.S.C.C. C.S.B.I,...)<sup>2</sup> per valutare ciascun bambino rispetto al suo funzionamento post-traumatico, alle sue risorse interne ed esterne,...informazioni preziose che possano aiutare il clinico ad individuare lo stato di benessere-malestere in cui si trovano. Ovviamente gli stessi test sono ripetuti al termine degli incontri al fine di poter rilevare eventuali cambiamenti.

---

<sup>2</sup> Child Behavior Checklist Parent Report Form (CBCL)...Children's Depression Inventory (CDI), Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), Child Sexual Behavior Inventory (CSBI), sono alcuni dei test autosomministrati utilizzati nell'assessment di bambini vittime di abuso sessuale. [8]

Affinché il gruppo abbia successo si richiede un numero minimo di partecipanti che va solitamente, da tre a sei; se piccolo si raccomanda che sia omogeneo per sesso e tipologia di vittimizzazione subita, nonostante molti terapeuti lavorino con un gruppo misto per questioni pratiche (quando non c'è un numero sufficiente di soli maschi o di sole femmine). La discriminante sessuale sembra assumere un diverso peso in funzione dell'età dei soggetti, il gruppo misto sembra essere maggiormente scelto con bambini in età prescolare, poiché in quelli più grandi (dai 6 in su) si evidenzia una maggior predisposizione nelle bambine a rivelare fatti inerenti all'abuso quando nella stanza non ci sono i maschi.

È premura del terapeuta assicurarsi che la partecipazione dei bambini sia garantita in maniera costante per tutta la durata degli incontri, dall'inizio al termine del percorso, infatti si predilige l'assetto del gruppo "chiuso", per ricreare un clima familiare e di fiducia reciproca. [3]; [9]

Diversamente è stato provato che il potere del gruppo sembra essere altrettanto incisivo anche con la modalità "aperta", ossia in cui i membri sono liberi di iniziare ed interrompere la loro frequenza, indipendentemente dai tempi del gruppo stesso. Infatti in studio si confrontano i risultati di due gruppi terapeutici, uno "aperto" appunto, e uno "chiuso", e quindi in cui nessuno avrebbe potuto aggiungersi a percorso iniziato, oppure andarsene a trattamento non ancora concluso, si è visto che in entrambi i casi emerge una riduzione dei problemi comportamentali, un miglioramento delle strategie di coping e dei sintomi post-traumatici. [10]

Due sembrano essere gli ingredienti fondamentali per la buona riuscita di un gruppo, ricercati e perseguiti dai

professionisti che li conducono: permettere che i bambini vivano il contesto gruppale come un luogo sicuro e protetto, e promuovere ed incentivare la coesione fra i partecipanti.

Sicurezza e coesione vanno soprattutto impostate nella fase iniziale, pertanto si propone ai bambini di co-costruire delle regole di convivenza nel rispetto gli uni degli altri (“Si parla uno alla volta e gli altri ascoltano”; “Non si litiga”...), li si invita a collaborare nella realizzazione di un’attività di collage (per esempio inventare una bandiera che rappresenti il gruppo, un simpatico animale che faccia da mascotte) oppure a trovare un nome in cui tutti possano identificarsi.

Naturalmente è indispensabile che sicurezza, protezione e coesione una volta raggiunte siano mantenute e rafforzate per tutta la durata del percorso e quale mezzo migliore se non riservare per ogni incontro un momento in cui condividere la merenda? [3]; [11] ; [12]

Ma vediamo da vicino alcuni metodi indicati dalla letteratura.

Le tematiche più ricorrenti che vengono affrontate con l’ausilio di attività ed esercizi, sono inerenti allo *Sviluppo dell’Autostima: chi sono io? aspetti positivi e negativi di me;* ai *Sentimenti: senso di colpa, vergogna e le mie emozioni verso il perpetratore;* all’ *Autoprotezione: prevenzione per contrastare eventuali vittimizzazioni future;* allo *Stabilire i Confini Interni ed Esterni: differenziare se stessi dagli altri.* [3]; [9]

In particolare Deblinger [6] ispirandosi ad un approccio cognitivo-comportamentale, propone la suddivisione in tre moduli per il lavoro di gruppo con i bambini, sviluppato nell’arco di 11 incontri:

a) *Comunicare le emozioni e saperle gestire*: il terapeuta facilita una comunicazione chiara in merito all'esperienza di abuso sessuale. Incrementa le capacità di esprimere le emozioni, le abilità relazionali e cognitive del bambino. Per esempio ad un bambino che manifesta la rabbia con modalità distruttive, il terapeuta può suggerire altri mezzi di comunicazione, come l'espressione scritta o artistica (disegni, lettere, canzoni,...).

b) *Distinguere il contatto fisico "adeguato" da quello "inadeguato"*: si propone un graduale accostamento alla propria storia personale, invitando i bambini a confrontare le loro esperienze attraverso la scelta di diversi metodi di espressione: la lettura, la scrittura, la discussione, l'utilizzo delle bambole, la poesia,..... La visione di un segmento di una videoregistrazione di un altro gruppo potrebbe essere un buon punto di partenza per innescare il dialogo sui pensieri e sentimenti connessi all'abuso sessuale [4]

I bambini sono invitati a esprimere le loro considerazioni e le loro sensazioni.

In particolare Boyd Webb N. [13] sostiene l'importanza di ascoltare ed incoraggiare il bambino in grado di verbalizzare le proprie angosce, ma allo stesso tempo valorizza il gioco come rifugio nel momento in cui il suo dolore diventasse, per lui stesso, troppo grande da gestire.

c) *Come difendersi*: si forniscono informazioni di educazione alla sessualità "sana" adeguate all'età dei minori e si insegnano strategie di sicurezza della

propria persona, per respingere eventuali future recidive.

Questo tipo di orientamento terapeutico sembra essere più indicato nella riduzione dei sintomi depressivi, rispetto alla conduzione di un gruppo supportivo-non direttivo, poiché sappiamo che verbalizzare ed elaborare i contenuti dell'abuso è una strategia indispensabile per risolvere le conseguenze legate al trauma subito. Inevitabilmente un approccio meno direttivo coinvolge, in misura minore, tutti i partecipanti alla narrazione e discussione sulla loro esperienza. [Nel paragrafo successivo uguali risultati si riscontrano anche nei gruppi per gli adulti]. Diversamente invece il miglioramento del livello di ansia sembra essere conseguibile con entrambi gli approcci. [14]

Un modello teorico di tipo psicodinamico sottolinea come nonostante l'utilizzo di gruppi per bambini vittime di abuso sessuale sia frequente, scarsa attenzione è stata dedicata allo studio dei processi e delle dinamiche, che sembrerebbero diventare importanti solo nel momento in cui rischiano di trasformarsi in distruttive per il gruppo stesso.

Di contro si pone invece molta enfasi sull'analisi delle attività strutturali, dei contenuti e dello specifico elenco di obiettivi da raggiungere, nell'ottica di un approccio psico-educativo e cognitivo.

Heiman [15] attraverso un'esperienza di terapia di gruppo per bambine suggerisce come l'attenzione alle dinamiche e ai processi all'interno di questo possa massimizzare l'efficacia delle attività strutturate, monitorando le reazioni di transfert e controtransfert.

Interessante descrivere alcuni dettagli di questo trattamento:

La prima sessione mira alla creazione di un luogo sicuro per le bambine: dopo aver illustrato gli obiettivi del gruppo e creato regole condivise, a ciascuna bambina viene consegnata una bambola, che funge da oggetto transizionale, “un’amica supportiva” che possa facilitarla ad entrare nel gruppo e a raccontarsi. Ognuna introduce se stessa e la sua bambola e riferisce a turno delle informazioni sulla sua famiglia, i suoi amici, la scuola, chi è l’abusante e che tipo di relazione intercorre con lui.

Nella seconda sessione dopo aver scelto un nome da dare al gruppo, con il tentativo di promuovere un processo di coesione, si utilizza la tecnica dello *story-telling fantasy*, esercizio che offre la possibilità di addentrarsi nella tematica dell’abuso, senza necessariamente suscitare ed evocare paure e resistenze.

Un terapeuta legge una storia di un gigante che vive in un villaggio. “*Una bambina arriva in questo villaggio per la prima volta e nessuno le dice di stare alla larga da quest’uomo, la bambina non sa cosa potrebbe fare...*” a questo punto della narrazione ogni bambina a turno, aggiunge un pezzo alla storia per trovare una soluzione.

Si procede con la rivelazione della propria esperienza personale e spontaneamente le bambine condividono e confrontano le loro storie.

Si discutono diverse tematiche, per esempio: la rabbia per non essere stato protetto dal caregiver non abusante e il ridefinire di chi sia la responsabilità della violenza subita, il senso di colpa, i sentimenti verso l’abusante (attraverso la stesura di una lettera a lui destinata e che probabilmente non

gli sarà mai recapitata), lo sviluppo dell'assertività (dire no è possibile).

Al termine del percorso terapeutico si invitano le bambine a scrivere o a disegnare ciò che vorrebbero collocare nel passato, sulla base del pensiero condiviso che il passato non si cancella, ma che sia possibile invece riporre là l'esperienza dell'abuso.

In chiusura si chiede alle partecipanti di esprimere emozioni e pensieri inerenti al gruppo.

La conclusione di un gruppo è un momento per celebrare gli sforzi e i risultati ottenuti dai bambini attraverso una piccola cerimonia a cui parteciperanno anche i caregiver.

Ritengo opportuno porre l'attenzione su alcune osservazioni in merito ai conduttori dei gruppi, utilizziamo il plurale, poiché la letteratura consiglia caldamente la presenza di due co-terapeuti, sia per l'arduo compito di tenere testa a più bambini, sia perché entrambi si costituiscono come modello di interazione adeguata fra adulti capaci di rispetto reciproco e mutuo aiuto.

Se il sesso del terapeuta debba coincidere oppure no con il genere sessuale del gruppo dei bambini, o se sia preferibile la presenza di uomo e di donna congiuntamente, non è stato ancora deciso in letteratura; [3] esistono alcuni programmi che utilizzano un maschio ed una femmina, in quanto la presenza di un uomo offre un modello di relazione maschile sicura, in un contesto protetto.

I bambini necessitano di maschi e femmine, ma l'elemento più importante è che entrambi i conduttori, indipendentemente dal genere, conoscano le storie di ciascun bambino affinché i loro interventi siano il più possibile puntuali. [9]

È indispensabile la comunicazione fra i terapeuti dei due gruppi (bambini e caregiver) e il contatto dei terapeuti dei bambini con i genitori, per favorire l'instaurarsi di un rapporto di fiducia e credibilità. [16]

Se il terapeuta che conduce il gruppo coincide con quello della terapia individuale di ciascun bambino, laddove sia prevista, la fiducia e la comprensione sembrano stabilirsi con maggior semplicità. [15]

In forte contrasto con numerosi studi Tourigny [17] evidenzia come talvolta sia possibile una scarsa efficacia nella riuscita dei gruppi terapeutici per bambini vittime di abuso sessuale; infatti in una ricerca non è stato riscontrato miglioramento per gli stati di ansia e depressione, né una riduzione dell'aggressività, né un aumento della capacità di essere assertivi, in contrasto con un atteggiamento di sottomissione.

Questo gruppo era inserito all'interno di un più ampio progetto che prevedeva trattamenti individuali, di coppia e familiari che coinvolgessero tutti gli attori dell'abuso sessuale, compreso l'abusante. Un'ipotesi a favore spiega la scarsa efficacia di questo gruppo attribuendone la colpa ad un errore di selezione del campione dei soggetti scelti, ossia alla terapia di gruppo avrebbero partecipato quei bambini che migliorano più lentamente di altri o che sono maggiormente danneggiati. In effetti sono proprio questi bambini che permangono per più tempo in trattamento terapeutico e quindi sono più facilmente scelti per un gruppo di terapia, nei casi in cui questo tipo di lavoro è collocato come ultima tappa di un processo.

Lo studio sull'efficacia dei gruppi solleva alcuni quesiti interessanti che non tutti i trattamenti attuali sembrano

considerare, per esempio: sarebbe importante capire quali sono le caratteristiche degli interventi che sono maggiormente legati ad una migliore efficacia dei trattamenti; quali le caratteristiche dei bambini che beneficiano in maggior misura di vantaggi nei gruppi; quali le caratteristiche dei bambini che potrebbero abbandonarli. E ancora qual è la durata ottimale di un gruppo terapeutico? Quale la durata poi nel tempo dei suoi effetti terapeutici?

La risoluzione di questi interrogativi aiuterebbe a comprendere ulteriormente i bisogni dei minori vittime di abuso sessuale e a migliorare il servizio terapeutico offerto. [18];[10]

## ***2. Caregiver che hanno bisogno di cure: aiutiamoli ad aiutare.***

La rivelazione di un abuso sessuale attraverso le parole di un bambino è spesso un'esperienza distruttiva, che comporta alti livelli di stress per chi ascolta le parole della vittima.

È come una bomba scagliata con prepotenza in un terreno che inevitabilmente, per l'entità del colpo, non era preparato a riceverla e proprio come una bomba che esplode all'improvviso provoca feriti e fa terra bruciata intorno a sé.

Nel DSM-IV, [19] si osserva con chiarezza come si possa considerare *trauma* "il venire a conoscenza di un grave danno o di lesioni sopportate da un membro della famiglia o di un'altra persona con la quale si è in stretta relazione", proprio quello che accade ai caregiver dei bambini vittime di abuso sessuale. [20]

In seguito alla scoperta dell'abuso, bambini e caregiver riportano dei sintomi simili che includono fragilità

emozionale, frustrazione, pianti frequenti, disturbi del sonno e la sensazione di essere schiacciati. Descrivono la loro ansia e l'esperienza di come l'abuso sessuale abbia danneggiato i loro pensieri, le relazioni familiari, amicali e il rendimento professionale.

In casi simili, talvolta, i caregiver sono incapaci di confidarlo ai loro genitori, ai parenti ed amici per timore di essere criticati, di non essere capiti, creduti o semplicemente per un terribile sentimento di vergogna.

Bambini vittime di abuso sessuale e caregiver sono accomunati dal senso di colpa: i bambini si rimproverano di non aver saputo dire no, di aver accettato regali e attenzioni dai loro abusanti,...i caregiver non si perdonano di essere andati al lavoro, di aver affidato i loro bambini alle strutture che avrebbero dovuto prendersene cura o di essersi fidati di qualcuno. Sono continuamente focalizzati sulla loro incapacità a proteggere i bambini e terrorizzati all'idea che questi possano essere più facilmente esposti al rischio di un futuro abuso sessuale. Temono che i loro piccoli possano aver subito un danno irreversibile e sono anche pervasi dal pensiero che, da adulti, possano diventare abusanti oppure omosessuali. [7]

In questo clima emotivo di disperazione, in cui i caregivers potrebbero presentare una sintomatologia tipica della PTSD, l'ansia, lo stato depressivo e un ridotto comportamento di attaccamento, ossia una diminuzione nell'accoglienza e nella responsività dei bisogni e delle richieste dei bambini, rischiano di diminuire le loro competenze parentali.

Appare in questo modo importante offrire un supporto anche ai caregiver, affinché vengano riscoperte le loro

capacità di gestire la relazione con i bambini con sensibilità e coraggio. [21]; [22];[23]

E' fondamentale quindi, favorire un simile risultato nel caregiver, poiché la sua protezione e il suo sostegno facilitano il miglioramento dei comportamenti, delle reazioni emozionali, dei pensieri e della capacità di resilienza dei bambini vittime di abuso [24]; [25]; [20];[26];[27], infatti

“la fortuna di trovare un valido contenitore psicologico in un adulto con cui abbia un forte legame, è per la vittima il più importante fattore di ricostruzione”. [28 cit.]

È proprio nella relazione<sup>3</sup> fra i caregiver e i bambini che si gioca parte della possibilità di recupero delle piccole vittime.

L'opportunità di partecipare a gruppi di terapia, in cui si offre l'occasione di conoscere altri adulti accomunati dalla stessa esperienza traumatica, può infondere forza che deriva dalla consapevolezza che anche altre persone vivono simili difficoltà. [5]

In condizioni di trattamenti per caregiver paralleli ai gruppi per bambini è possibile riscontrare miglioramenti da ambo le parti, infatti in alcuni studi è stata dimostrata una diminuzione dell'ansia da separazione, della rabbia, dei disturbi del sonno e altri sintomi nei piccoli pazienti e contemporaneamente una ritrovata fiducia nelle competenze parentali, con un giusto equilibrio che permetta ai caregiver

---

<sup>3</sup> “La relazione non è interna alla singola persona: non ha senso parlare di *dipendenza*, di *aggressività* o di *orgoglio* e così via. Tutte queste parole affondano le loro radici in ciò che accade tra una persona e l'altra, non in qualcosa che sta dentro una sola persona“. [cit. 29; pag. 179]

di essere protettivi, ma allo stesso tempo di non ostacolare il processo di autonomizzazione dei propri bambini. Diminuisce il senso di colpa, aumenta la fiducia negli altri e migliorano l'immagine di se stessi e le relazioni con il partner. [7]; [30]

Rabbia, senso di colpa, disgusto, tristezza, impotenza e altro ancora generano un groviglio di sensazioni fisiche, emozioni, sentimenti, pensieri ruminanti che sembrano insondabili e ai quali non si riesce a dare un senso, una collocazione. Il gruppo sembra essere un buon strumento per sciogliere la matassa, mette in connessione il dolore delle madri, dei padri, dei genitori adottivi o affidatari, degli educatori...e perché no, seppur in diversa misura dei terapeuti, in un gioco di dare e avere conforto, rispecchiamento, chiarimento e un pizzico di umanità.

### ***2.1 Terapie di gruppo per caregiver: gli spunti più importanti dalla letteratura.***

A fronte di letteratura che attesta l'opportunità di affiancare in parallelo ai trattamenti di gruppo per bambini vittime di abuso sessuale anche trattamenti di gruppo per i loro caregiver, e a letteratura che analiticamente affronta e dettaglia le tecniche e gli strumenti per effettuare tali trattamenti con i bambini, poco siamo riusciti a leggere circa tecniche e strumenti da adottare con i caregiver.

Cohen et al. [31]; [30] hanno ideato un modello di intervento di gruppo, per piccole vittime e caregiver, TF-CBT (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy) che combina i tre diversi contributi della terapia cognitiva, comportamentale e familiare: nato originariamente come

trattamento per la cura dell'ansia e della depressione in pazienti adulti, è stato successivamente riadattato per minori vittime di abuso sessuale. La TF-CBT prevede l'applicazione di un protocollo d'azione nel quale sono illustrate le diverse attività per affrontare le reazioni emozionali e comportamentali conseguenti all'abuso sessuale, per insegnare alcune strategie di comunicazione efficace fra bambino e caregiver.

Si prevede la sperimentazione di tecniche di rilassamento, si correggono errate attribuzioni di colpa e responsabilità per l'abuso subito, e infine si migliorano le abilità di espressione e regolazione delle emozioni conseguenti al trauma.

Oltre alle sessioni (programmate da 13 a 18) separate per genitori e bambini, sono previsti incontri congiunti per creare fra le due parti una comunicazione sull'abuso, e per permettere al caregiver di sperimentare gli insegnamenti ricevuti.

Uno dei testi di riferimento più dettagliati sul trattamento per caregiver è quello 'storico' di Deblinger. [32]

Il modello di intervento seguito dall'autrice, che fa riferimento alle teorie cognitivo-comportamentali, è breve come numero di incontri, solo 11. È cura dell'autrice rilevare in dettaglio, attraverso test che precedono l'inizio del gruppo, lo stato mentale del caregiver, in quanto considerato fondamentale per garantire il benessere del bambino. La rilevazione è mirata ai temi che saranno proprio oggetto di lavoro nel gruppo, e cioè il trauma secondario dopo aver appreso della vittimizzazione del figlio, nonché la reazione ad esso (modalità di 'coping'). Inoltre si usano test per oggettivare i problemi attuali nel fare il genitore di bambini così difficili.

Gli obiettivi del gruppo sono:

- anzitutto aiutare il caregiver a far fronte alle proprie reazioni emotive per poter diventare supportivo
- educarlo a cominciare e mantenere una comunicazione aperta con i bambini sull'abuso sessuale e sulla sessualità sana
- aiutarlo a gestire le difficoltà comportamentali dei bambini.

Il trattamento è diviso in **tre moduli**, solitamente in sequenza:

- 1) nel primo modulo, tre sedute servono per confrontarsi con le proprie reazioni alla scoperta dell'abuso e con le cognizioni negative correlate, tipo "sono un cattivo genitore perchè non ho saputo proteggere mio figlio". Tale caduta di autostima viene contrastata con informazioni statistiche sulla diffusione dell'abuso sessuale infantile; si fa intervenire anche un esperto legale per parlare ai caregiver delle implicazioni giudiziarie, che spesso lasciano i genitori ancora più smarriti e invasi da un sentimento di impotenza.
- 2) il secondo modulo a cui sono dedicate sei sedute, quindi più della metà, è centrato sulla gestione dei comportamenti dei bambini. Il metodo comprende giochi di ruolo in seduta ed esercizi a casa, sulla cui efficacia ci si confronta la volta successiva. Vengono inoltre date istruzioni precise, anche per contrastare il blocco emotivo che talvolta invade i caregiver dei bambini abusati, che, oppressi da sensi di colpa, non sanno come contenere i figli.

Si valorizza l'attitudine a dare limiti certi ai bambini, come aiuto a far loro riprendere controllo dei propri comportamenti proprio perchè hanno sperimentato di non controllare le situazioni di abuso in cui si sono trovati: occorre "rimettere il mondo diritto", ritrovare la connessione certa tra azioni e loro conseguenze.

- 3) il terzo modulo, a cui sono dedicate due sedute, si focalizza sulle esperienze di abuso sessuale dei bambini. Si incoraggiano i caregiver a gestirle attraverso una comunicazione aperta, dall'insegnamento di principi di sicurezza del proprio corpo fino alla discussione dei pensieri e dei sentimenti collegati all'abuso. Il messaggio chiave è: dell'abuso si può parlare, inducendo i caregiver a esporsi loro per primi, vincendo la propria difficoltà e il naturale atteggiamento evitante per vincere quello dei bambini. Bisogna poi dare ai caregiver anche strumenti di educazione sessuale sana, per contrastare le deformazioni che sono derivate dall'esperienza subita.

Un altro modello ad esempio dei trattamenti in gruppo, paralleli per bambini e caregiver, è stato realizzato presso il Centro di Consulenza Psicologica dell'Università del Nebraska, il "Progetto Sicurezza", 12 incontri della durata di 90 minuti ciascuno, con l'obiettivo di intervenire su tre aree critiche:

- a) Il sé (l'autostima, i sentimenti verso se stesso,...);
- b) La relazione (l'interazione sociale e l'esternalizzazione dei problemi con i pari e i familiari);

c) La sessualità (le conoscenze sessuali e il correlato tema dell'abuso).

Ogni incontro inizia con un racconto da parte di ciascun bambino di come sia trascorsa la sua settimana precedente e si conclude connotando positivamente “una cosa buona” che ha fatto durante il tempo trascorso in gruppo.

Parallelamente il gruppo dei caregiver inizia con una breve discussione sul comportamento dei bambini e si conclude con un momento di riunione fra i due gruppi in cui il terapeuta riferisce atteggiamenti e reazioni dei bambini all'incontro.

Il “Progetto sicurezza” prevede 10 moduli tematici, oggetto delle sessioni di gruppo, che in parte coincidono con quelli descritti da Deblinger [vedi sopra].

In aggiunta gli autori focalizzano l'attenzione su:

- *Imparare l'assertività*: lo scopo di questo modulo è quello di rafforzare il bambino affinché sia capace di difendersi da un eventuale futuro abuso, programmando un “piano di sicurezza” in ottica preventiva (per esempio: Chi chiamo, cosa faccio,...).

Nel gruppo dei caregiver si stimola una discussione per aiutare i genitori a leggere gli atteggiamenti dei loro bambini, imparando a distinguere l'assertività, l'aggressione e la provocazione.

- *La mia famiglia*: evidenziare la forza interna della famiglia, riflettere sugli effetti che la rivelazione dell'abuso ha comportato sull'assetto familiare e individuare eventuali risorse di supporto, affinché sia possibile contrastare l'isolamento e la stigmatizzazione.

Ai caregiver viene chiesto di lavorare sugli effetti che la rivelazione dell'abuso avrebbe avuto sul loro comportamento verso il bambino e su come la relazioni familiari siano cambiate.

- *L'abusante*: si trattano i sentimenti e le emozioni che i bambini provano nei confronti del perpetratore e di come potrebbero essere cambiati in seguito all'abuso. La stessa tematica è affrontata nel gruppo dei genitori, "proprio perché l'abusante è lì presente nelle proiezioni e nelle storie dei bambini". [33 cit.]
- *Capire le emozioni rispetto a quello che è successo e imparare a farvi fronte*: esplicitare le emozioni negative (colpa, vergogna,...) insegnando ai bambini a collocarle nel luogo giusto, per esempio rivolgere l'aggressività verso l'abusante e non verso se stessi. Individuare positive relazioni con il gruppo dei pari.  
Condivisione e confronto con i caregivers delle emozioni dei bambini, un invito a saperle leggere ed accogliere. Si incoraggiano i genitori a riflettere su come loro stessi esprimono e riconoscono le emozioni. Si vogliono ridurre i sentimenti di ansia e depressione, individuare le strategie di coping sia per il gruppo dei bambini, sia per il gruppo dei caregiver.
- *Riassunto e saluto*: entrambi i gruppi ricevono il materiale che hanno prodotto nel loro percorso terapeutico e ai genitori si chiede di riferire i cambiamenti che sarebbero avvenuti in loro stessi e nei loro bambini. Alla fine del percorso si prevede un momento congiunto fra i due gruppi, in cui festeggiano insieme la soddisfazione per aver portato a termine un cammino che ha loro richiesto impegno e fatica. [16]

In alternativa ad una conduzione strutturata dei gruppi, secondo un modello cognitivo-comportamentale, ricordiamo un'altra modalità di lavoro definita terapia di gruppo supportiva.

In questo modello il terapeuta ha un ruolo di facilitatore empatico, non fornisce informazioni specifiche sulle strategie di coping e sulla gestione dei comportamenti dei bambini. All'inizio di ogni incontro, ciascun partecipante condivide brevemente le preoccupazioni e le notizie salienti della settimana precedente e fra questi temi condivisi, successivamente se ne scelgono alcuni che diventeranno il centro della discussione.

Il compito del terapeuta consiste nell'assicurarsi che tutti i caregiver abbiano la possibilità di esprimersi durante l'incontro, risponde a quesiti fattuali ed orienta verso alcune tematiche la conversazione del gruppo. L'obiettivo di questa tipologia consiste nell'incrementare l'idea che siano i caregiver stessi ad essere gli esperti dei propri bambini e di supportare il tentativo di risolvere i problemi con l'aiuto che proviene dai pari, nell'ottica dell'empowerment delle competenze parentali.

Risultati di ricerca [32] sul confronto dell'efficacia della terapia di gruppo cognitivo-comportamentale con quella supportiva hanno dimostrato che i caregivers sottoposti alla terapia di tipo cognitivo-comportamentale manifestano sia una minore presenza di pensieri intrusivi, sia una significativa riduzione delle reazioni emotive negative in merito all'abuso dei loro bambini, rispetto a coloro che hanno partecipato al gruppo supportivo. Infatti nella terapia di gruppo cognitivo-comportamentale i partecipanti sono

incoraggiati a discutere in maniera specifica e dettagliata l'esperienza di abuso dei loro bambini e i pensieri ed i sentimenti ad essa associati.

In relazione a questi risultati si ricorda come la narrazione delle esperienze drammatiche favorisce una riduzione del livello di stress, poiché il raccontare la propria esperienza permette di operare connessioni che integrino pensieri, sentimenti, emozioni in modo coerente e attribuendovi un significato. [34]

Dal punto di vista di chi riceve i due tipi di trattamento invece sembra non esserci differenza nel livello di soddisfazione rilevato. [31]

Rispetto alla percezione di chi è oggetto di trattamento, rilevante è il feed-back di un lavoro di supporto con caregiver il cui focus era quello di individuare, comprendere ed imparare a gestire il senso di colpa, la rabbia, la paura e la confusione, affinché il loro livello di stress diminuisse significativamente, così come la quantità dei comportamenti disfunzionali dei loro bambini.

L'analisi dei contenuti delle valutazioni scritte da parte dei partecipanti al gruppo evidenzia come i caregiver affermino di aver imparato ad essere più pazienti e calmi con i loro bambini, di aver appreso delle strategie di coping e di percepirsi maggiormente sicuri di se stessi nel rapporto con i loro piccoli.

Tuttavia sottolineano altresì la breve durata del percorso, richiedendo ulteriori incontri, quasi ad indicare l'incompletezza del trattamento.

I risultati ottenuti, registrati dai terapeuti collimano con quelli riferiti dai partecipanti al gruppo e dimostrano che i caregiver sono in grado di riconoscere un effettivo

miglioramento del comportamento dei loro bambini in diverse aree (aggressività, inibizione, iperattività, comportamenti sessualizzati,...), ma in effetti sembra restare invariato il livello di stress del caregiver. A tale proposito anche gli esperti ipotizzano che 13 incontri di gruppo siano uno spazio di tempo non sufficiente per generare un impatto considerevole su livello di stress misurato dal Parenting Stress Index.<sup>4</sup> [35]

Possiamo dunque evidenziare come uno dei contributi maggiori per un miglioramento delle tecniche da utilizzare nei gruppi derivi proprio dai vissuti e suggerimenti di chi in prima persona li sperimenta, proprio per tale motivo possiamo pensare che abbiano un valore aggiuntivo.

Finora abbiamo preso in considerazione interventi che possono essere applicati sia in caso di abuso intrafamiliare, sia extrafamiliare.

Diversamente esaminiamo ora, in casi di abuso intrafamiliare, l'utilizzo della psicoterapia di gruppo all'interno di un programma di lavoro che coinvolga gradualmente l'intera famiglia.

Sono previsti inizialmente incontri di counselling individuale per la vittima, per la madre e per il padre abusante, seguiti da counselling di coppia madre e figlia e gruppi paralleli per la figlia abusata, la madre e il padre abusante. In ultima istanza gruppi che contengono l'intera famiglia, qualora il padre sia stato reintegrato nel nucleo familiare.

---

<sup>4</sup> Il trattamento prevedeva che all'inizio e al termine della terapia di gruppo fossero somministrati alcuni test, per osservare gli eventuali cambiamenti nei soggetti dello studio. Uno dei test utilizzati era il Parenting Stress Index (PSI) che individua i livelli di stress in diversi ambiti della vita del caregiver.

Quattro sono i criteri affinché sia possibile applicare tale programma:

- che il padre abusante ammetta l'aggressione sessuale, si mostri pentito e pronto a cooperare in terapia;

- che la madre creda alla rivelazione della figlia e la supporti;

- che la figlia abbia acconsentito chiaramente al tentativo di ricostruzione della famiglia;

- ed infine che nessuno dei genitori sia dipendente da alcool o droghe.

Nell'ottica di un approccio umanistico, lo scopo fondamentale è quello di facilitare la formazione di una positiva considerazione di se stessi, in tutti i membri della famiglia, anche per il padre pentito, convalidata dall'opinione di "altri" significativi, a partire dal presupposto che solo quando i bisogni di stima e riconoscimento sono soddisfatti è possibile sviluppare delle relazioni "nutrienti".

Conclusi due anni di interventi terapeutici nelle giovani vittime si riscontra un aumento dei livelli di autostima, una notevole riduzione dello stato depressivo e dei comportamenti negativi (fughe da casa, comportamenti auto ed etero aggressivi,...), rispetto ad un campione di soggetti non sottoposti a questo programma.

Nonostante i cambiamenti positivi introdotti è inevitabile che questo metodo di lavoro, abbia suscitato numerose critiche; se ne sottolinea per esempio la pericolosità, in quanto esisterebbe il rischio che l'abuso venga nuovamente reiterato sulla vittima, in contatto con il suo perpetratore all'interno della famiglia.

La realizzazione di questo complesso tipo di trattamento richiede, inoltre, la collaborazione con il sistema di giustizia,

poiché per il periodo dei due anni di terapia, si post-pone o sospende la sentenza per il padre abusante-pentito; è inevitabile che una simile procedura attuata nei confronti dell'abusante possa suscitare risentimenti e rimostranze da parte dell'opinione pubblica non disponibile ad accettare l'idea che aggressori sessuali possano “cavarsela così a buon mercato”. [36]; [18]

Questo modello riecheggia l'approccio sistemico al trattamento in casi di abuso sessuale, il quale propone di intervenire sulla trasformazione di tutto il sistema familiare della vittima affinché sia possibile una più completa “guarigione” della stessa.

La premessa che sta alla base ci dice che:

“l'abuso non è un'azione, ma bensì un contesto di azioni, il pericolo non è rappresentato in senso stretto dalla persona dell'abusante, bensì da una forma di relazione”. [33 cit.]

### ***3. Conclusioni***

Giunti al termine di questa disamina abbiamo osservato come la letteratura esponga molti obiettivi e varie tecniche offrendo in tal modo alcuni punti di vista che possono essere considerati riferimento per terapeuti desiderosi di aiutare lavorando in gruppo.

Questo articolo non vuole essere in assoluto un raccoglitore di ricette pronte da usare, ma bensì un insieme di spunti di riflessione e suggerimenti che ognuno potrà metabolizzare e riadattare integrandoli al proprio stile di

lavoro. Sappiamo infatti, che esiste un “non detto”<sup>5</sup> terapeutico che fa la differenza nella realizzazione di un intervento.

Ed è proprio dall’incontro di quei terapeuti (e non altri), con quei bambini (e non altri) che hanno quei caregiver (e non altri), che nascerà e si svilupperà il gruppo.

La buona riuscita della terapia di gruppo, come di qualsiasi altra forma di terapia, non può essere stabilita a priori per il semplice motivo di seguire procedure, ma è data dalla qualità della relazione che si instaura fra gli attori in scena.

---

<sup>5</sup> Nell’agire terapeutico esiste un’area sommersa che racchiude premesse, pregiudizi, conoscenze apprese in passato, non necessariamente ascrivibili alla teoria di riferimento, di cui il terapeuta potrebbe non esserne consapevole, ma che utilizza miscelando con le teorie e le tecniche che consapevolmente sa di seguire. Quest’area sommersa è chiamata “non detto”. [37]

## BIBLIOGRAFIA:

- [1] GANAWAY G. (1989) "Historical versus narrative truth: Clarifyng the role of exogenous trauma in the etiology of MPD and its variants", *Dissociations*, 2, 205-220.
- [2] CANTARELLA G. (2001) "Abusi sessuali in famiglia. La risonanza del gruppo come cura" *Gruppi nella clinica nelle istituzioni, nella società*, 3, (1), 11-29.
- [3] FRIEDRICH W.N. (1990) "*Psychotherapy of sexually abused children and their families*". New York: Norton W.N., 210-226.
- [4] REEKER J., ENSING D., ELLIOT R. (1997) "A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children" *Child Abuse and Neglect*, 21, 669-680.
- [5] HETZEL-RIGGIN M., BRAUSCH A. M., MONTGOMERY B. S. (2007) "A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescent: an exploratory study" *Child Abuse and Neglect*, 31, 125-141.
- [6] DEBLINGER E., LIPPMANN J., STEER R. (1997) "Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings" *Child Maltreatment*, 1, (4), 310-321.
- [7] GROSZ C.A., KEMPE R.S., KELLY M., (2000) "Extra familial sexual abuse: treatment for child

victims and their families” *Child Abuse and Neglect*, 24, (1), 9-23.

[8] WRIGHT J., FRIEDRICH W.N., THERIALULT M.C. and C., PERRON A., LUSSIER Y., SABOURIN S. (1998) “The evaluation of franco-quebec victims of child sexual abuse and their mothers: the implementation of a standard assessment protocol” *Child Abuse and Neglect*, 22, (1), 9-23.

[9] GROTSKY L., CAMERER C., DAMIANO L. (2000) “*Group Work with Sexually Abused Children: A Practitioner’s Guide*” Thousand Oaks, CA: Sage, 1-42.

[10] TOURIGNY M., Hébert M. (2007) “Comparison of open versus closet group interventions for sexually abused adolescent girls” *Violence and Victims*, New York, 22, (3), 334-347.

[11] ZAMANIAN K., ADAMS C., (1997) “Group psychotherapy with sexually abused boys: dynamics and interventions” *International Journal of Group Psychotherapy*, 47 (1), 109- 126.

[12] FRIEDRICH W.N. (1997) “*Psychotherapy with sexually abused boys*” Thousand Oaks, CA: Sage, 186-204

[13] BOYD WEBB N. (1999) “*Play Therapy children in crisis*” The Guilford Press, New York.

[14] COHEN J. A., MANNARINO A. P. (1998) “Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings” *Child Maltreatment*, 3, (1), 17-26.

- [15] HEIMAN M.L., ETTIN M. F., “Harnessing the power of the group for latency-aged sexual abused” *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(2), 265-282.
- [16] HSU E., SEDLAR G., FLOOD M. F., HANSEN D. J G. (2002) “Child sexual abuse”. Psychology, Department of Faculty Publications, Departement of Psychology, University of Nebraska Lincoln, 24, 449-473.
- [17] TOURIGNY M., P LADEAU N., DOYON M., BOUCHARD C. (1998) “Efficacité d’un programme de traitement pour enfants abusés sexuellement” *Child Abuse and Neglect*, 22, (1), 25-43.
- [18] TOURIGNY M., HÉBERT M., SÉNÉCHAL P., DAIGNEAULT I., SIMONEAU A. (2003) “Efficacité d’une intervention de groupe auprès d’adolescentes ayant vécu une agression sexuelle”. *Rapport de recherche remis au Centre d’Intervention en Abuse Sexuel pour la Famille*, 1-29.
- [19] APA (1994) “DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorder” Washington, D.C., American Psychiatric Association
- [20] ELLIOT A. N. and CARNES C. N. (2001) “Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature”. *Child Maltreatment*, 6, 314-331
- [21] PITHERS W. D., GRAY A., BUSCONI A. and HOUCHEMS P. (1998) “Caregivers of children with sexual behaviour problems: psychological and familial functioning”. *Child Abuse and Neglect*, 22, (2), 129-141.

- [22] MANION I., FIRESTONE P., CLOUTIER P., LIGEZINSKA M., McINTYRE J., ENSOM R. (1998) "Child extrafamilial sexual abuse: predicting parent and child functioning" *Child Abuse and Neglect*, 22, (12), 1285-1304.
- [23] LEWIN L. and BERGIN C. (2001) "Attachment Behaviors, depression and anxiety in nonoffending mothers of child sexual abuse victims". *Child Maltreatment*, 6, 365-375.
- [24] SPACCARELLI S., KIM S. (1995) "Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls" *Child Abuse and Neglect* 19, (9), 1171-1182.
- [25] DEBLINGER E., STEER R., LIPPMANN J. (1999) "Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment" *Child Maltreatment*, 4, 13-20.
- [26] FORBES F., DUFFY J.C., MOK J., LEMVIG J. (2003) "Early interventions service for non-abusing parents of victims of child sexual abuse" *British Journal of Psychiatry*, 183, 66-72.
- [27] DI BLASIO P., CAMISASCA E., PROCACCIA R., VERROCCHIO M.C. (2005) "Children's resilience, protective and risk factors in therapy abusing families". *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 7, (3), 89-103.
- [28] MALACREA M. (1997) "L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia". In LUBERTI R. e BIANCHI D. "...e poi disse che avevo sognato", Edizioni Cultura per la pace, Firenze, 105-136.

- [29] BATESON G. (1979) "*Mente e Natura*" Adelphi Edizioni, Milano.
- [30] COHEN M.D., DEBLINGER E., MANNARINO A. P., M.S.S.W., WILSON C., TAYLOR N., IGELMAN R. (2007) "Trauma-focused cognitive behavioral therapy: addressing the mental health of sexually abused children" *Child Welfare Information Gateway*; Issue brief; 1-14.
- [31] COHEN M.D., MANNARINO A. P., KNUDSEN K. (2005) "Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial" *Child Abuse and Neglect* 29, 135-145.
- [32] DEBLINGER E., STAUFFER L. B. and STEER R. A. (2001) "Comparative efficacies of supportive and cognitive bahavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers" *Child Maltreatment*, 6, 332-343.
- [33] APOLLONI T. (2004) "Terapia della relazione di abuso" *Connessioni* 14, 149-165.
- [34] FIVUSH R. (1998) "Children's recollections of traumatic and non-traumatic events" *Development and Psychopathology*, 10, 699-716.
- [35] WINTON M. A. (1990) "An evaluation of support group for parents who have a sexually abused child" *Child Abuse and Neglect*, 14, 397-405.
- [36] BAGLEY C., LACHANCE M. (2000) "Evalutation of family-based programma for the treatment of child sexual abuse". *Child and Family Social Work*, Vol. 5, pp. 205-213.

[37] BOSCOLO L., BERTRANDO P. (1996)  
“*Terapia sistemica individuale*” Raffaello Cortina  
Editore, Milano, 31-35.

#### RISORSE INTERNET:

- Family Service Moncton  
[www.fsmoncton.com](http://www.fsmoncton.com)
- The National Child Traumatic Stress Network  
[www.NCTSN.org](http://www.NCTSN.org)
- U.S. Department of Health and Human Service  
[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

**Riassunto:** Il lavoro mira a sottolineare l'importanza e l'utilità della terapia di gruppo per i bambini vittime di abuso sessuale e parallelamente per i loro datori di cura.

L'articolo parte dalla premessa che nei casi di esperienze traumatiche il supporto dei datori di cura sia un elemento fondamentale per il benessere del bambino poiché favorisce la riduzione della sintomatologia post-traumatica.

Tuttavia nelle situazioni in cui un minore rivela l'abuso sessuale subito, le competenze parentali dei datori di cura potrebbero essere ridotte a causa delle conseguenze negative che la notizia potrebbe avere su loro stessi.

In quest'ottica si pone particolare attenzione all'efficacia dei gruppi terapeutici, sia per i bambini sia per i loro datori di cura.

Attraverso un'analisi della letteratura si sottolineano le principali metodologie utilizzate nel trattamento in gruppi, esaminando gli scopi perseguiti, i temi affrontati, l'efficacia dei risultati ottenuti, con accenni alla costruzione del setting terapeutico.

L'obiettivo è quello di fornire un panorama teorico sui principali studi in materia.

*Parole chiave: abuso sessuale infantile; terapia di gruppo bambini, terapia di gruppo datori di cura;, efficacia delle terapie di gruppo.*

**Abstract:**

This work is aimed to underline the importance and the utility of group's therapy for child sexual abused and at the same time for their caregivers.

The article start from the requirement that in case of traumatic experience the psychological support of caregivers is a fundamental element for the children's wellness because it promotes the decrease of post-traumatic symptoms.

However in situations in wich the minor reveals the sexual abuse immediately, the caregiver's parental competence could be reduced because of the negatives consequences that this news can have on themselves.

In this point of view a particular attention is assumed on the efficacy of therapeutic groups for children and for caregivers too.

Through a literature's analysis are underlined, principles methodologies used in group's treatment, investigating the goal, the themes handled and the efficacy of results obtained, suggesting to therapeutic setting construction.

The purpose is to give a theoretic view on principals studies about this subject.

*Key Words: Child sexual abuse; child group therapy; caregiver group therapy; efficacy group therapy.*

### **Resumen:**

El trabajo quiere remarcar la importancia y la utilidad de las terapias de grupo para los niños víctimas de abuso sexual y para sus caregiver.

El artículo comienza por la premisa que cuando se trata de experiencias traumáticas la ayuda del caregiver es un elemento fundamental para el bienestar del niño ya que permite la reducción de la sintomatología post-traumática.

Sin embargo en las situaciones en las cuales un menor de edad revela el abuso sexual aguantado, las capacidades parentales de los caregiver se podrían reducir debido a las consecuencias negativas que las noticias podrían tener sobre ellos mismos.

En esta óptica se pone atención particular a la eficacia de los grupos terapéuticos, tanto para los niños como para sus caregiver.

A través de un análisis de la literatura se hace hincapié en las metodologías principales utilizadas en el tratamiento en grupos, examinando los objetivos que se persiguen, los asuntos enfrentados, la eficacia de los resultados conseguidos, con menciones a la construcción del setting terapéutico.

El objetivo es proveer un panorama teórico sobre los estudios principales en materia.

