

## L'INTERVENTO PSICOLOGICO NELL'ABUSO SESSUALE ALL'INFANZIA

### Premessa

Il fenomeno dell'abuso sessuale ai bambini continua ad essere al centro di una controversa attenzione per gli operatori dell'area sanitaria, sociale, psicologica. Da un lato esso risveglia inquietudine e allarme, e il pensiero che non si possa fare a meno di attrezzarsi tecnicamente per occuparsene, trattandosi di una patologia grave e che difficilmente si potrà evitare di incontrare sul proprio cammino professionale. Dall'altro si assiste al crescere di resistenze ad affrontarlo.

Già Freud, quando ancora riteneva di aver correttamente letto nel passato delle proprie pazienti isteriche esperienze traumatiche sessuali subite in famiglia, descriveva i sentimenti suscitati in lui dalla presa di contatto con quella realtà come un misto di paura, disgusto, disperazione: sentimenti che non sono altro che il pallido riverbero nello spettatore di quanto le vittime stesse provano e inevitabilmente riversano su tutte le persone che si propongono loro come possibili "contenitori psicologici". E questo è solo l'inizio; a tali componenti emotive si somma lo spauracchio costituito dalle conseguenze pratiche dell'occuparsi di abuso sessuale: dubbi diagnostici, necessità ineludibili e improcrastinabili di attivare misure protettive, l'incrocio con gli accertamenti in sede penale, lo stress psicologico di combattuti dibattimenti, l'onere di trovare vie d'uscita ricostruttive in un tessuto di risorse familiari e personali spesso estremamente compromesso....

Non si può che riconoscere che i contrastanti stati d'animo descritti in apertura sono pienamente giustificabili. Vediamo dunque, circa un tema tanto delicato, quali sono le principali certezze che ci consentono di orientarci con sufficiente sicurezza.

Sono ormai molti i testi che si sono dati la pena di raccogliere organicamente le informazioni salienti e condivise circa definizione, caratteristiche e conseguenze dell'abuso sessuale all'infanzia. Basterà attingere, ad esempio, al libro "Segreti di famiglia" (Malacrea, Vassalli, 1990) per trovarne una esauriente disanima, che attinge alla principale letteratura sull'argomento. Vale comunque la pena di sottolineare i più importanti fattori in gioco, soprattutto quelli più strettamente connessi alla qualità dell'intervento da sviluppare.

### Cosa intendiamo col termine "abuso sessuale"

Innanzitutto è lecito porsi la domanda su cosa può essere correttamente definito come comportamento abusante nei confronti di un minore. Anche se istintivamente può sembrare di non avere dubbi in proposito, non può certo essere un caso che viceversa gli esperti ancora dibattano sull'estensione di tale definizione, sia relativamente agli atti commessi che al tipo di relazione intercorrente tra abusante e vittima (per una revisione accurata di questo aspetto del problema si veda ad esempio Violato, 1994).

Da un punto di vista puramente psicologico si potrebbe affermare che qualsiasi attivazione di desiderio sessuale in un adulto nei confronti di un bambino rappresenta una patologia che può dar luogo ad abuso. Tuttavia è pure evidente che quando tale desiderio è sufficientemente controllato da non essere espresso in azioni e quindi non c'è consapevolezza di esso nella vittima, o si manifesta in forme tali da non essere da essa direttamente percepibile (pensiamo ad esempio ad atti di voyerismo), non è appropriato parlare di abuso.

Forse la *definizione utilizzata da Kempe* è ancora la più valida, proprio per la sua ampiezza e genericità: l'autore infatti afferma che si deve considerare abuso sessuale ogni situazione in cui il bambino sia tratto ad espressioni sessuali alle quali non può liberamente consentire con totale consapevolezza in ragione della sua giovane età, o che violino radicati tabù sociali. Tale definizione evita la specificazione dei singoli atti effettuati, di cui conosciamo la tipica evoluzione nel tempo, permettendo di classificare (e considerare, almeno ai fini dell'intervento clinico e protettivo) come abuso anche le prime sfumate manifestazioni di interessamento e di seduzione rivolte dall'adulto al bambino. Ridimensiona anche l'importanza del concetto

---

<sup>1</sup>Publicato nel libro a cura di Luberti R, Bianchi D. (1997) "... e poi disse che avevo sognato", Edizioni Cultura per la Pace, Firenze..

di "violenza" (utilizzato invece da altri autori come caratteristica essenziale al configurarsi di un'esperienza traumatica), ambiguo e in definitiva pericoloso da maneggiare quando debba essere applicato a situazioni in cui i legami affettivi di partenza siano tanto forti da imporre reazioni di adattamento capaci di diluire il significato intrusivo e predatorio che la stessa situazione assumerebbe se vissuta al di fuori di quella relazione. Include da ultimo il concetto, importante, di violazione dei tabù sociali, niente affatto inutile quando ci si debba orientare sulla valenza o meno di abuso delle interazioni sessualizzate tra minorenni, ad esempio: anche qui il criterio della differenza d'età tra abusante e vittima, usato anche sul piano legislativo sia nel nostro che in altri Paesi, può essere carente e portare artificialmente all'esclusione dell'abuso in casi di incesto tra fratelli, quando viceversa sul piano clinico esistono tutti i presupposti (che si analizzeranno tra breve) per il configurarsi di una situazione altamente traumatica.

Come si può vedere, il concetto clinico di abuso sessuale risulta più estensivo di quello che determina il configurarsi dello stesso come reato sul piano giudiziario. Anche nella nuova Legge del febbraio 1996 (n.66) la definizione del reato comporta la costrizione a "compiere o subire atti sessuali" "con violenza, minaccia o mediante abuso d'autorità", anche se molti correttivi rendono presunta tale componente violenta anche in situazioni in cui essa non è esplicitamente esercitata (con riguardo all'età della vittima e al tipo d'autore). Tuttavia ne resta escluso, ad esempio, il verificarsi di relazioni sessualizzate tra soggetti minorenni con differenza d'età pari o inferiore a tre anni se tali soggetti hanno più di 13 anni, indipendentemente dalla relazione che li lega; non possono inoltre essere considerate reato -in quanto non comportano veri e propri "atti"- altre situazioni in cui il minore è esposto ad un clima psicologico decisamente perverso e fuorviante per il corretto sviluppo di un'identità di genere e di una concezione socialmente adattata delle interazioni sessuali, o sia coinvolto come spettatore più o meno complice di parafilie in persone a cui sia fortemente legato. Tali situazioni non differiscono invece, almeno sul piano qualitativo, dalle altre esperienze codificate come abuso sessuale, per quanto riguarda le conseguenze dannose che possono produrre; quindi sul piano della diagnosi e dell'intervento psicologico, e spesso anche della protezione, impongono l'adozione di misure molto simili a quelle necessarie nei casi di "violenza sessuale" come riconosciuta dalla legge.

## **Le vittime**

Le numerose ricerche degli anni '80, effettuate soprattutto negli Stati Uniti, hanno ormai chiarito definitivamente chi e quante siano le vittime minorenni di abuso sessuale (per un'analisi ragionata dei dati in proposito si consiglia di ricorrere alla sintesi contenuta nel già citato volume "Segreti di famiglia"). C'è convergenza sull'individuazione di una popolazione femminile pari al 15% e maschile pari al 6% che avrebbe avuto esperienza di vittimizzazione prima della maggiore età. Anche le ricerche retrospettive compiute in Italia arrivano a conclusioni assai simili: si veda ad esempio la Ricerca A.S.P.E.R. del 1994, da cui risulta che il 10% della popolazione femminile e il 5.9% di quella maschile sarebbe stata oggetto di interazioni sessualizzate (solo abuso con contatto fisico) da parte di parenti stretti. Fatte le dovute proiezioni rispetto a più ampie rilevazioni, come sono quelle americane già citate, in cui vengono ricompresi come abusi sessuali anche quelli senza contatti fisici (atti di esibizionismo, proposte oscene) ed effettuati da ogni tipo d'autore, possiamo affermare che le dimensioni del fenomeno in Italia non differiscono da quelle constatate in Paesi in cui si supponeva una maggiore diffusione del fenomeno a causa di una più antica compromissione del tessuto familiare e sociale.

Quanto poi alla tipologia delle vittime, le ricerche relative ad altri Paesi già segnalavano che l'abuso inizia in età sorprendentemente basse: 3, 8, 11 anni sono state individuate come le età-rischio. Anche da noi, sempre stando ai dati della già citata Ricerca A.S.P.E.R., più della metà delle vittime comincia ad essere abusata prima dei 10 anni, quindi in età presumibilmente pre-pubere.

Riguardo inoltre alla durata, specie quando l'abuso è perpetrato in famiglia - da genitori o parenti stretti- sono una rarità gli episodi unici o sporadici, e invece la regola vittimizazioni croniche: sempre dalla citata ricerca si ricava che circa il 40% degli intervistati dichiara di aver subito abuso per più di un anno.

Il panorama è quindi decisamente allarmante: esperienze di vittimizzazione che dissacrano i legami più stretti sono frequenti, protratte nel tempo e vanno ad incidere su giovani soggetti nel pieno del loro percorso evolutivo.

## **Perché l'abuso produce trauma**

Posto dunque che esistono tutte le premesse per il crearsi di una situazione ad alto rischio per il benessere presente e futuro delle piccole vittime, è doveroso cercare di capire meglio come e perchè il rischio si trasforma quasi sempre in danno effettivo. Si è già accennato all'esistenza di denominatori comuni che assimilano le situazioni da noi ricomprese sotto la definizione di abuso sessuale: si tratta di condizioni generali che innescano dinamiche psicologiche specifiche, capaci di produrre un impatto intenso e nefasto sulla psiche infantile.

Si analizzeranno due principali fattori.

Il primo consiste nell'esistenza tra chi subisce e chi agisce il trauma sessuale di un forte legame di *dipendenza*: ci si riferisce solitamente all'aspetto emotivo di tale dipendenza, ma è bene non dimenticare che i bambini, quanto più sono piccoli, hanno con i loro familiari e specialmente con i genitori -tanto spesso rappresentati nel novero degli abusanti- un rapporto da cui deriva la loro sopravvivenza fisica, materiale, oltre che quella psicologica.

Il secondo fattore fa riferimento ad un'altra componente altrettanto diffusa dell'abuso, e cioè agli sforzi attivi compiuti dall'adulto per mantenere con ogni mezzo tale rapporto di soggezione, soprattutto attraverso ogni sorta di *imbroglio*. Sappiamo bene che talvolta, e non raramente, le strategie tese a conservare la posizione di predominio sono grezze ed esplicitamente violente (minacce di percosse o addirittura di morte); ma molto più spesso vengono impiegati sistemi più sottili di intimidazione e controllo. Pensiamo ad esempio ai numerosi ricatti affettivi perpetrati dagli abusanti ai danni delle vittime, che fanno leva sull'insicurezza che già queste ultime nutrono riguardo al rapporto con figure potenzialmente protettive (ventilare ad esempio reazioni disgustate e disapprovanti o addirittura espulsive della madre, se venisse a conoscenza dei fatti ) oppure sui sentimenti affettivi che indubbiamente legano comunque il bambino all'abusante (prefigurando ad esempio la rottura definitiva del rapporto con lui o la sua futura carcerazione) o infine sul desiderio di qualsiasi figlio di salvaguardare il più possibile l'unità e la sussistenza della propria famiglia (minacciando quindi il disfaccimento di essa sia sul piano affettivo che economico).

Ciò che sottende tutte queste strategie (in fondo anche quando c'è esplicita minaccia l'adulto sa, nella maggior parte dei casi, che non sarebbe capace di agirlo davvero) è il tentativo di paralizzare le naturali resistenze della vittima.

Ancora peggio è l'imbroglio, che mira a produrre nel bambino una confusione insormontabile tra ciò che è bene o no, ciò che è lecito o meno, o più sottilmente tra ciò che è piacevole e veicolo di sentimenti positivi e ciò che non lo è. Un'altra declinazione di questo groviglio mentale è l'induzione nel piccolo dell'illusione che, attraverso la continuazione dell'esperienza traumatica, qualcosa si potrà guadagnare, o almeno non perdere: talvolta questo immaginario "vantaggio secondario" prende la forma di piccoli regali, di una posizione differenziata nella fratria, della presunzione di essere oggetto di privilegio o soggetto di qualche potere nelle relazioni più importanti, persino di essere detentori di un "sapere" superiore ai coetanei, ancora persi dietro i loro insipidi giochi "da piccoli". Ma la molla intima che regge così a lungo, talvolta, questi "vantaggi", tanto miserabili se paragonati al prezzo che la vittima sente di pagare per essi, è l'illusione di esistere, finalmente, per qualcuno, di essersi guadagnata un posto nella vita grazie all'adattamento all'abuso. La conseguenza estrema di questo genere di imbrogli è il capovolgere delle parti nella mente delle vittime: così queste ultime sentono di assommare in sé ogni disvalore, sia che continuino sia che interrompano la situazione di abuso. Si può infatti riassumere il pensiero dei bambini sessualmente abusati, il cui concetto di sé è stato tanto compromesso, in questo modo: "mi amano perchè non valgo niente", cioè perchè, se sono stata scelta per corrispondere a simili desideri e atti, deve esserci in me qualcosa di spregevole in partenza, di irrimediabilmente corrotto. E' evidente come una simile visione di sé lasci ben poche vie d'uscita soddisfacenti: o cercare di recuperare valore, ma perdere così il legame con l'abusante, sovente quello in cui si è sperimentato più interesse, seppure perverso, nei propri confronti; oppure continuare a non opporsi e restare disprezzabili per sempre.

## **I danni psicologici**

Alla luce di quanto sopra si giustificano pienamente i vissuti che caratterizzano in modo così esteso ed ubiquitario le vittime di abuso sessuale, e che determinano poi tutte le conseguenze sintomatiche che le affliggono e ne rendono spesso fallimentare la vita in ogni area di realizzazione, sia a volte nell'immediato presente che nel più lontano futuro. Tali vissuti sono stati descritti da più autori, con una convergenza impressionante dei dati rilevati nelle più disparate esperienze cliniche. Crediamo che la sistematizzazione più efficace e flessibilmente applicabile di tali vissuti sia ancor oggi quella pubblicata da Finkelhor e

Browne nell'ormai lontano 1985: essa cita quattro sentimenti che marcano in modo prevalente la psiche dei minori che sono stati oggetto di abuso, sentimenti che di seguito descriveremo.

Il primo è il sentimento d'*impotenza*. Il bambino sperimenta di non essere in controllo della propria vita, in qualsiasi momento può accadere che l'adulto abbia il sopravvento su di lui e lo renda oggetto per la soddisfazione dei propri desideri. In più, all'ingiustizia connessa alla sopraffazione raggiunta attraverso la superiorità fisica e mentale, si somma la percezione bruciante della propria incapacità a sfuggire, a reagire in modo assertivo: in una parola della propria complicità almeno omissiva nella continuazione dell'abuso. Sconfitta interna che si somma alla sconfitta esterna, rendendola ancora più amara. Contrariamente a quanto si sarebbe portati a pensare, tale sentimento, in ambedue le sue componenti, non è caratteristico soltanto di vittime più grandi, a cui siamo portati ad attribuire una reale possibilità di opporsi, ma anche di bambine molto piccole. Sono abbondanti nel materiale proiettivo di queste ultime storie fantastiche in cui i protagonisti-bambini si ammalano e muoiono, si perdono, scompaiono senza che nessuno li possa ritrovare, non sono più riconosciuti dalla mamma, vengono rapiti da personaggi potenti e mostruosi, affogano: figure simbolicamente efficaci dell'annientamento della fiducia in sé, nelle proprie possibilità di sopravvivenza come persone e di conservazione delle relazioni positivamente significative.

Il sentimento d'impotenza raggiunge spesso grande intensità e si configura come una tale minaccia all'integrità della propria auto-immagine e del modello operativo interiorizzato rispetto alle relazioni fondamentali, appreso nelle prime fasi dell'attaccamento (de Zulueta,1993), da indurre necessariamente forti e primitivi movimenti difensivi, improntati alla scissione e rimozione della consapevolezza dell'esperienza traumatica, o alla negazione nelle sue forme più estreme. Sebbene del tutto comprensibili nella loro genesi, non ci si può nascondere che tali difese sono molto pericolose, sia per il complessivo funzionamento mentale delle vittime, sia per il rinforzo che finiscono per costituire per il mantenimento del segreto intorno all'abuso, e sia infine per la mutilazione, imprecisione, frammentazione che inevitabilmente infliggono alla memoria degli eventi traumatici, e conseguentemente all'eventuale rivelazione di essi.

Strettamente collegato al precedente è il vissuto di *tradimento*. Si è ricevuto male proprio da quelli da cui ogni bambino non può che aspettarsi del bene. Di più: dalle persone in cui si è educati fin da piccolissimi a riporre incondizionata fiducia. Se è intuitivo che questo sentimento possa invadere il rapporto con l'abusante, nel momento in cui non è più evitabile la consapevolezza della strumentalizzazione subita, meno intuitivo è il pensiero che tale sentimento riguardi, talvolta anche in maniera più forte, il rapporto con l'adulto potenzialmente protettivo, quasi sempre individuato nella madre (Everson et al.,1989; De Young,1986), sia nei casi di abuso interno alla famiglia nucleare che esterno ad essa. Il bambino non riesce a perdonare a quest'ultima di non essere esistito nella sua mente e nel suo cuore, di non aver compreso o incoraggiato anche impercettibili segnali, di non aver saputo decodificare i messaggi simbolici o sintomatici; spesso tale vissuto è tuttavia ancor più pienamente giustificato dall'incapacità reale della madre a cogliere indicatori inequivocabili, dalla sua effettiva debolezza e impossibilità a contenere le sofferenze del figlio, spesso a causa dell'emorragia di energie dovuta ai propri problemi personali e relazionali. Anche il vissuto di tradimento rinforza il segreto intorno all'abuso: infatti nel bambino cade la motivazione a rivelare a qualcuno da cui non ci si aspettano capacità protettive, o che si considera ben poco interessato al proprio destino.

Questo sentimento, anche se apparentemente meno esplosivo del precedente, lascia invece tracce devastanti nella psiche delle vittime: ne è un'amara riprova la difficoltà di elaborarlo in psicoterapia, dove diventa accessibile di solito più tardivamente dei sentimenti connessi alla relazione con l'abusante, e richiede tempi anche molto lunghi prima di essere ricomposto attraverso una parziale assoluzione e comprensione del comportamento materno, premessa per la ricostruzione di un sufficiente rapporto di fiducia.

Va notato che, sebbene in misura talvolta meno intensa, sentimenti di impotenza e tradimento sono l'esito nei bambini anche di esperienze di maltrattamento fisico e trascuratezza grave, che costituiscono un analogo attacco alla possibilità di autostima e di riporre fiducia nelle relazioni primarie. C'è tuttavia un'importante differenza: il pensiero del bambino maltrattato è solo in parte simile a quello del bambino abusato sessualmente. Il primo, nello sforzo di darsi una spiegazione della carenza di cure o dell'ostilità di cui si sente oggetto, concepisce un pensiero che può essere riassunto come segue: "non mi amano perchè non valgo niente" (Blassel,1992). Non può sfuggire che questo pur doloroso stato d'animo permette tuttavia qualche via d'uscita in più rispetto al pensiero, sopra riferito, della vittima di abuso ("mi amano perchè non valgo niente"). Il piccolo può infatti coltivare la speranza (non importa quanto illusoria) che, se riuscirà a valere qualcosa agli occhi degli adulti di riferimento, ad essere più buono, apprezzabile, utile, forse qualcosa potrà cambiare, migliorando parallelamente sia l'autostima che l'affetto che sarà in grado di ottenere. Al

contrario, si è visto che per il bambino abusato i destini di autostima e conservazione del legame sono irrimediabilmente divaricati, addirittura opposti. Proprio questa particolarità può dare ragione degli altri due vissuti che caratterizzano le vittime di un'esperienza traumatica sessuale, pervadendole invasivamente.

Il vissuto di *sessualizzazione traumatica* è stato in origine collegato alla sperimentazione di comportamenti tipici della sessualità adulta, o addirittura di una sessualità con marcate componenti di perversione: sperimentazione che induce nel bambino conoscenze e riproduzione di atti e linguaggio incongrui rispetto ai normali percorsi evolutivi di bambini appartenenti alla stessa cultura. La valenza traumatica di tali esperienze è anche all'origine della compulsività con cui la mente della piccola vittima vi torna, spostando altri interessi e forme di espressione consueti per l'età, e provocando una fissazione a comportamenti e a preoccupazioni per il proprio corpo spesso vistosamente anomali.

E' tuttavia bene individuare più precisamente la componente-chiave di tali effetti: infatti il vissuto di sessualizzazione traumatica è assai più complesso di quanto descritto sopra, che può essere anzi considerato come la punta dell'iceberg delle sue manifestazioni. Anche in questo caso gli elementi che emergono dal materiale proiettivo prodotto dalle giovani vittime aiuta con immediatezza, quella che solo il linguaggio dell'immaginario e dei simboli sa dare, la comprensione dinamica del trauma. Attraverso disegni e storie inventate, appaiono lupi giocosi che soltanto alla fine, secondo il consolidato schema di "Cappuccetto rosso", mostrano il loro volto violento; principi che si trasformano improvvisamente in diavoli; diavoli che seducono le loro vittime promettendo loro calore in cambio di un'assimilazione a sè nel diventare cattivi; re che stringono a sè le loro principesse fino a farle morire: avventure a cui è connesso un misto di intensa eccitazione e di paura, senza che quest'ultima riesca a prevalere e a risparmiare al "piccolo" di turno la distruzione finale. Appare quindi evidente l'esistenza nel pensiero della vittima di un inscindibile collegamento tra l'essere oggetto di desiderio, forte ed erotizzato, da parte di un adulto, e l'essere oggetto di sopraffazione, svilimento, strumentalizzazione fino all'annientamento.

Si inverte quindi la dinamica naturale che, nel percorso evolutivo degli individui li porta ad associare (e fin dalle prime prove "edipiche") l'idea di essere desiderati e amati in una relazione sessualizzata con vissuti di valore, di promozione personale, di potenza, di solidarietà, empatia, benessere. Al contrario chi è stato coinvolto in una relazione incestuosa è portato frequentemente a trasferire anche sul futuro, talvolta nonostante l'espressa volontà di liberarsi dal passato, l'idea che non si può essere desiderati se non per le proprie caratteristiche di disvalore, predestinati quindi ad ulteriori esperienze di vittimizzazione.

E' intuitivo capire quale può essere l'ombra che un tale sentimento può stendere su tutte le relazioni successive della vittima, guidandola ad esempio a buttarsi in esperienze in cui può essere ripercorso lo stesso cammino di svilimento, perchè in fondo in fondo sicura di non aver diritto a null'altro. Diventa così del tutto comprensibile quanto le statistiche affermano (Densen-Gerber, Hutchinson, 1978; Flanigan et al., 1988; Furniss, 1988; Kempe, 1978; James, Meyerding, 1977; Malquist, 1966; Rosenfeld, 1979), e cioè che il 50% delle prostitute, delle tossicodipendenti, delle giovani devianti con condotte antisociali sia stato nell'infanzia vittima di abuso sessuale. Diventa anche comprensibile il fatto che, attraverso trattamenti mirati a sanare profondi conflitti di coppia o gravi inadeguatezze genitoriali, emergano sovente storie antiche di traumi sessuali, magari fino ad allora custoditi nel segreto, ma che non hanno cessato di produrre il proprio cronico e nefasto effetto, condannando al fallimento le speranze delle vittime di realizzazione e riscatto nelle più importanti aree relazionali.

Descriviamo da ultimo il vissuto di *stigmatizzazione*, coacervo complesso di più sentimenti. Si può affermare che in esso il punto di partenza è costituito dalla percezione di una profonda differenza di sè rispetto al resto del mondo che non ha sperimentato l'abuso.

In parte questo stato d'animo è rinforzato dalle reazioni del mondo esterno alla scoperta dell'esperienza traumatica: non si vuole alludere alle risposte di incredulità o attivo disprezzo nei confronti della vittima, pure tutt'altro che infrequenti. Ma anche nelle persone animate dalle migliori ed empatiche intenzioni, il risvegliarsi di quei sentimenti che descrivevamo in apertura -disgusto, paura, disperazione- riecheggerà nel mondo emotivo del bambino come la riprova che i suoi peggiori pensieri su di sè sono proprio veri, che fatti tanto mostruosi accaduti e continuati nel tempo l'hanno reso ormai altrettanto "mostruoso", e che questo rimarrà su di lui come un marchio probabilmente per sempre. Sentirsi "mostruosi" costringe anche ad auto-isolarsi, per essere tollerati almeno per la propria facciata, se non lo si può essere nella sostanza; di conseguenza si immaginerà che nessuno possa condividere, portare sulle spalle il tremendo segreto senza esserne a sua volta deteriorato, forse ucciso, o comunque irrimediabilmente perso ai fini del rapporto.

A questo radicale sentimento di differenza si sommano poi valenze ancor più brucianti di colpa e vergogna. Per quanto piccola, è tipico che la vittima ritenga se stessa, anche contro ogni ragionevolezza, la "vera"

responsabile dell'abuso. L'origine di questa così illogica percezione va fatta ancora una volta risalire all'imbroglio di cui è stata pervasa la relazione incestuosa ad iniziativa dell'abusante. Infatti il semplice, e legittimo, desiderio di essere oggetto di interesse per uno almeno degli adulti di riferimento è stato fatto sentire alla vittima come un illecito "guadagno" per cui ha accettato di pagare un altrettanto illecito prezzo, quello della relazione erotizzata: quindi quello che è per ogni bambino un diritto inalienabile per nascita - essere importante per chi ha l'obbligo di curarsi di me, perchè mi ha messo al mondo- diventa la sorgente della corruzione. In secondo luogo un'importante quota di vergogna deriva dal pensiero che l'elezione dell'abusante nei confronti della vittima non avrebbe avuto luogo se non ci fosse in lei qualcosa di sbagliato dall'origine, di spregevole e disgustoso. Come si diceva sopra, i fatti "mostruosi" non solo rendono sporchi e diversi, ma non potrebbero accadere se non a chi era già "mostruoso" in partenza, e proprio per questo è stato scelto. Per quanto possa sembrare assurdo, si ritrova in queste vittime, che percepiamo inermi, la stessa istintiva reazione di una donna fatta oggetto di attenzioni sessualizzate, che in primo luogo controllerà la lunghezza della gonna o la scollatura per trovare in proprie "responsabilità" la risposta alla domanda: "perchè proprio a me?". Sarebbe certamente interessante essere capaci anche di una riflessione su quali ancestrali stereotipi culturali si mescolino alle disavventure personali persino in soggetti così giovani, a complicare ancor più il grave stato di malessere indotto dall'esperienza traumatica (de Zulueta,1993; Herman,1992).

Nell'immaginario delle piccole vittime compaiono talvolta importanti sentimenti di perdita di una integrità e preziosità antiche, a volte fatte risalire alle prime fasi della vita, o addirittura alla vita fetale; la fantasia di essere individuate dai giudici come le vere colpevoli delle interazioni erotizzate e di essere per questo messe in prigione al posto dell'abusante; l'idea che anche adulti chiaramente identificati come protettivi soffrirebbero troppo, piangerebbero o addirittura morirebbero se davvero conoscessero fino in fondo quanto avvenuto; il pregiudizio di essere additati a prima vista dai coetanei, pure all'oscuro dell'abuso, come soggetti da espellere dai giochi, da prendere in giro, da guardare come gli svantaggiati del gruppo.

Come è ovvio, anche il vissuto di stigmatizzazione collabora in modo importante al mantenimento del segreto intorno all'abuso: la vittima non può infatti non temere che la scoperta della relazione erotizzata faccia accendere i riflettori proprio su di lei, mettendone a nudo le presunte vergogne.

In conclusione, dalla descrizione dell'assetto emotivo del bambino ricaviamo con immediatezza la percezione della gravità del suo malessere (Babiker,Herbert,1996; Cattanach,1992; Friedrich,1990; Nash et al.,1993; Rojas Breedy,1995; Shapiro et al.,1990).

Non può stupire quindi che a tale malessere possa corrispondere una quantità di *manifestazioni sintomatiche*, talvolta molto intense. Non è raro che il trauma sessuale dia luogo ad un certo punto della vita ad una sindrome post-traumatica da stress, in cui sembra che qualsiasi adattamento precedentemente prodotto possa, per così dire, "saltare". A seconda dell'età della vittima verranno prodotti sintomi che coinvolgono l'asse somatico o l'area dell'affettività, o ancora quella cognitiva: disturbi dell'alimentazione, del sonno, dell'evacuazione e del controllo sfinterico, dolori di varia natura (dalle cefalee ai dolori pelvici o persino muscolari), paure, disordini della condotta, disturbi della sfera sessuale, caduta delle performances scolastiche, possono essere tutte espressioni acute del malessere conseguente al trauma. O più precisamente si dovrebbe dire: del malessere conseguente alla caduta degli adattamenti patologici prima costruiti per convivere con l'abuso, e alla presa di contatto con la realtà della propria vittimizzazione (Gelinas,1983).

Altrettanto tipica è la formazione di personalità adulte cronicamente segnate dall'impossibilità a crearsi un ambito relazionale soddisfacente nella propria nuova famiglia (sia sul piano dei rapporti con il partner che su quello dei rapporti con i figli), come dall'impossibilità di riuscire sul piano professionale.

Ancora più frequentemente le manifestazioni sintomatiche si sviluppano subdolamente nel tempo, comportando una cronica coartazione delle realizzazioni che sarebbero state possibili ad un soggetto con la medesima dotazione affettiva ed intellettuale se non ci fosse stata l'interferenza negativa dovuta al trauma: condizioni di difficile riconoscimento, che portano spesso alla designazione del bambino come portatore di patologia psichica o di handicap, e ad inquadralo di conseguenza in un sistema di cure purtroppo totalmente inadeguato alla vera natura del suo malessere e che talvolta contribuisce persino a mascherarla.

Altre volte ancora sembra che l'evento traumatico sia stato ottimamente bilanciato dalle forze sane del bambino, al punto da non dare luogo durante il suo percorso di crescita a sintomi nè acuti nè cronici: poi, quando neppure la vittima se lo aspettava più, anche a grande distanza dall'evento traumatico, può succederle di perdere l'equilibrio duramente conquistato e di andare incontro a sintomatizzazioni o a problemi comportamentali che costringono a riprendere contatto con quella lontana ferita.

Suggestivamente, qualcuno ha definito l'abuso sessuale una "bomba ad orologeria" di cui non è dato conoscere il momento in cui è destinata a scoppiare.

Dalla consapevolezza, dunque, che l'abuso sessuale rappresenta un'evenienza quanto mai pericolosa per la salute psichica dei minori in esso coinvolti, deriva l'assoluta necessità di fermare il decorso, spesso il naturale aggravamento nel tempo, delle patologie ad esso collegate con opportuni provvedimenti protettivi e terapeutici.

### **Fattori che ostacolano il riconoscimento dell'abuso**

Il primo passo per arrivare a curare è porre una corretta e completa diagnosi: il che è tutt'altro che facile nei casi di abuso sessuale (Babiker, Wilkinson, 1994; Berliner, Conte, 1993). Quello che è stato affermato dai ginecologi che si occupano della diagnosi in questo campo sotto il profilo medico, e cioè di avere la sensazione di dover trarre pesanti conclusioni da tenui indizi (letteralmente: "a big issue about a little tissue", come titola Paradise in un articolo del 1989), è tanto più vero per gli operatori dell'area psico-sociale. Si sta qui parlando innanzitutto della assenza di indicatori sicuri o vistosi, che possano chiaramente indirizzare alla diagnosi. Questa, come si vedrà, è tutt'altro che impossibile se si diventa in grado di sviluppare rilevazioni e ragionamenti più specialistici ed approfonditi, ma non ci si può nascondere che, prima di essersi sufficientemente attrezzati allo scopo, si attraversano non poche difficoltà.

Vediamo innanzitutto quali sono i fattori *intrinseci* al fenomeno che costituiscono ostacolo alla diagnosi.

La prima considerazione riguarda il segreto che circonda l'abuso sessuale. Non esistono altre condizioni pregiudizievoli ai danni dei bambini che abbiano altrettanta probabilità di non essere mai individuate da terzi nel corso della vita: di più, nell'area di cui ci stiamo occupando, esiste una preponderante percentuale di casi che non viene mai conosciuto neppure all'interno della famiglia nucleare (esclusi ovviamente vittima e abusante). Come già sopra si evidenziava, ciò è effetto non soltanto della cura di non essere scoperto da parte dell'autore, come accade in ogni attività illecita, ma di un ottundimento intrapsichico, agito, soprattutto dalla vittima ma anche dagli altri protagonisti delle vicende incestuose (dall'abusante all'adulto potenzialmente protettivo), al fine di poter produrre meccanismi di adattamento sufficienti a convivere con l'abuso e a preservare la propria persona e le relazioni importanti dalla catastrofe che si suppone inevitabile una volta che i fatti dovessero venire alla luce. Ciò implica in definitiva una resistenza attiva di fronte a qualsiasi intendimento diagnostico -nel senso più lato del termine-, capace di fuorviare e far abortire i sospetti, anche qualora esistano numerosi elementi per legittimarli.

D'altro canto deve anche far pensare il fatto che, appena la stampa dà rilievo al tema dell'abuso sessuale, si mobilitano tanti individui che, magari preservando ancora l'anonimato, trovano quel canale per confidare finalmente a qualcuno ciò che per tanto tempo era rimasto sepolto nell'animo. Ne ricaviamo che il segreto è in realtà l'esito, si direbbe la somma algebrica, di spinte opposte e conflittuali; questo dà la speranza che, trovando l'ingresso adatto e tempestivo nel complesso di tali sentimenti, si possa arrivare a creare le condizioni necessarie per forzare difese tanto disfunzionali e per far prevalere la speranza di trovare protezione e risanamento.

Il secondo aspetto è costituito dalle caratteristiche del terreno familiare in cui l'abuso può svilupparsi. Ci riferiamo a quanto può essere rilevato attraverso un'osservazione fenomenica, se vogliamo superficiale; ma molte volte si tratta dell'unico piano che si riesce a mettere a fuoco attraverso, ad esempio, strumenti tradizionali d'indagine sociale. Se esiste una quota di famiglie degradate, in cui sono appariscenti patologie psichiche o del comportamento o la presenza nella personalità di tratti di grave impulsività, soprattutto in riferimento al possibile abusante, nella maggior parte dei casi la struttura familiare sembra improntata ad una generale condizione di compenso e adeguatezza. Non poche si situano addirittura in una posizione medio-alta, se si considerano i più usuali parametri socio-culturali. Talvolta, in sovrappiù, se esistono aree di disfunzionalità in famiglia, queste sembrano riguardare non tanto l'abusante quanto la vittima stessa (si veda il precedente discorso sugli esiti negativi dell'abuso sessuale), o, spesso, l'adulto potenzialmente protettivo. Si può ancora aggiungere che, ad una prima osservazione del rapporto genitori e figli, proprio il presunto abusante può apparire più caldo, disponibile, affettivo, accudente rispetto all'altro genitore, talvolta distolto dalla cura per la prole da problemi personali o relativi al rapporto di coppia. Quando poi simili caratteristiche compaiono in famiglie in cui il sospetto di abuso sessuale si affaccia proprio mentre è in corso un conflitto tra i coniugi, magari con dispute circa l'affidamento dei figli, il gioco sembra irrimediabilmente fatto: chi potrebbe credere che un simile padre (per stare alle situazioni di abuso intrafamiliare), stimato e ben riuscito sul piano sociale, tanto affezionato al bambino, in lotta per potergli

stare più vicino, reduce dal fallimento del rapporto con una donna problematica e persino discutibile come madre, possa essere in segreto il perverso abusante del figlio?

Solo il consolidamento dell'esperienza clinica nel campo permette di capire che proprio quelle situazioni apparentemente insospettabili, in cui si concentrano le caratteristiche di cui sopra, devono far scattare negli operatori l'allarme relativo alla possibilità dell'abuso, e quindi innescare una serie di approfondimenti accurati e specialistici. Approfondimenti che agli occhi dei meno esperti potranno apparire contro corrente e addirittura indebiti.

Proprio quest'ultima constatazione ci introduce al secondo ordine di fattori che rendono difficile individuare le situazioni d'abuso: siamo qui nel campo di problemi *estrinseci*, collegati al contesto d'intervento e al comportamento assunto frequentemente da chi opera nel campo della diagnosi psicologica in senso lato.

Infatti la naturale incertezza provocata dalla cripticità del fenomeno è molto aumentata da un sorta di paralisi che insorge negli operatori rispetto al compito di approfondire le proprie ipotesi diagnostiche, quando queste contemplino già l'eventualità di essere di fronte ad un caso di abuso sessuale. Proviamo ad analizzare i motivi di tale paralisi.

Abbiamo già accennato in apertura agli stati emotivi che si scatenano di fronte ad una simile ipotesi: reazioni iniziali di sconcerto e allarme sono perfettamente comprensibili; ma sappiamo anche che chi opera nel campo della salute mentale è addestrato a non lasciarsi sovrastare da questi inevitabili echi personali.

Una parte importante dello stallo deriva piuttosto da fattori del tutto razionali. Non è affatto indifferente che nei casi di abuso sessuale ci si trovi a maneggiare non solo patologie, ma reati. Gli operatori sanno di dover affrontare una doppia responsabilità nel diagnosticare: quella clinica, per cui si sentono preparati, e quella giudiziaria, per cui lo sono in realtà molto meno. Chi oltretutto ha già avuto esperienze in proposito, o si è sufficientemente informato, sa che, per far fronte a questo secondo compito, si troverà coinvolto in eventi a loro volta di grande peso emotivo, obbligato a tradurre il proprio consueto linguaggio per renderlo fruibile in ambiti inconsueti, costretto a trasformare spesso in "prove" il proprio ragionamento clinico. Soprattutto quest'ultimo scoglio appare particolarmente minaccioso, inducendo uno sconforto preconcetto rispetto alla possibilità di trarre dalle percezioni e dalle connessioni mentali che reggono, e solidamente, il processo di valutazione qualcosa di veramente "conclusivo", se paragonato alle esigenze del contesto giudiziario.

La conseguenza di questo stato d'animo è talvolta l'abbandono totale del compito diagnostico, limitando la propria azione alla pura descrizione dei sintomi e astenendosi dal porsi, almeno esplicitamente, il problema della loro origine, magari producendo la fantasia -illusoria- di poter curare subito senza approfondire il come e il perchè; oppure ci si può sentire costretti a calarsi, il più delle volte maldestramente, in un ruolo da "investigatore", con diretta ricerca dei "fatti", scegliendo sovente male gli strumenti da usare e i personaggi su cui "indagare". Caratteristico è l'errore di confrontare precocemente, talvolta addirittura come prima operazione, i genitori del bambino, appena sorto il sospetto di abuso, nella speranza -pure illusoria- di ottenere da essi conferme o smentite impossibili, che in definitiva non possono che rendere ancora più confuso e indecifrabile il caso, oltre ad indurre forse rischiosi allertamenti di persone pericolose per il piccolo e interessate ad insabbiare il processo diagnostico. Un altro errore è pretendere sbrigativamente dal bambino rivelazioni esplicite di qualcosa che magari aveva appena potuto affacciarsi cripticamente nelle sue parole; oppure cercare conferme del significato di espressioni sintomatiche, sempre attraverso domande dirette sulla loro connessione con eventuali fatti di abuso, proprio da chi sta usando segnali simbolici perchè psicologicamente impossibilitato a percorrere vie più sane nella richiesta di aiuto.

Sta di fatto che non è affatto facile per gli operatori dell'area psicologica costruire una idonea "via di mezzo" rispetto al compito diagnostico nelle situazioni di cui ci stiamo occupando.

## **Il percorso diagnostico**

Occorre invece recuperare fiducia nella possibilità di coniugare nel proprio lavoro un ruolo più simile a quello abituale e in cui si è sviluppata esperienza, compiendo operazioni che si rivelino da subito dotate di utilità clinica per il piccolo paziente e sviluppando uno schema razionale di procedure tale da consentire la raccolta e l'organizzazione dei dati utili ai nostri fini, con la necessità che tali dati risultino anche sufficientemente illuminanti per chi si occupa dell'abuso -diversamente da noi- come reato e non come patologia (Bresee et al., 1986; Poubelle-Condamin, 1994; Risin, McNamara, 1989; Waterman, Lusk, 1993).

Il primo punto consiste nel riorientarsi al compito di capire e curare, intrinseco ad ogni professione d'aiuto. Occupandosi di minori è poi imprescindibile tenere presente che trattiamo con soggetti non in grado di provvedere alla propria tutela, che avranno quindi bisogno di un ambito adulto affidabile che se ne assuma

la responsabilità: capire e curare diventa quindi inscindibile dal proteggere. Prima tuttavia di assumersi impulsivamente oneri decisionali, è legittimo mettere in atto ciò che abitualmente costituisce la base per ogni lavoro psicologico, e cioè creare uno spazio in cui le comunicazioni, siano esse verbali o non, possano essere accolte e acquistare significato. Nessun altro senso che questo devono quindi assumere gli approfondimenti, legittimi, che riterremo di mettere in atto per consentire al nostro piccolo paziente, o anche a qualsiasi adulto potenzialmente protettivo che si rivolga a noi per trovare conforto nel confronto con l'esperto, di sentirsi ascoltato, considerato, meritevole di attenzione qualsiasi sia il grado di frammentarietà o confusione delle sue comunicazioni. Ai nostri interlocutori dovrà essere quindi concesso un tempo, certo non eccessivo o vuoto di scopi, ma sufficiente per mettere almeno un minimo di ordine e chiarezza in grovigli personali e relazionali ardui ed impegnativi. Anche a chi opera dovrà essere concesso un tempo: raccogliere quanto basta per un primo orientamento può non essere compito che si può assolvere sbrigativamente. Soprattutto va ricordato che, analogamente a qualsiasi altro processo valutativo, nel caso di dubbi sull'ipotesi diagnostica non è certo indicativo di correttezza professionale arrestarsi alle prime impressioni confuse, ma viceversa è doveroso insistere quanto basta per chiarire sufficientemente il quadro. Ricordiamo anche che, qualora si arrivasse in seguito a concludere per l'esistenza di una situazione di trauma sessuale, i dati che raccoglieremo in questa prima fase saranno preziosi ai fini, ad esempio, della stesura di una segnalazione convenientemente precisa all'autorità giudiziaria, oppure per fornire dati di confronto con quanto potrà emergere in successivi interventi d'indagine, a qualsiasi livello. Tutti scopi che non possono certo essere raggiunti lasciandosi prendere dalla paralisi o dalla "furia investigativa" o decisionale, come si descriveva sopra. Soprattutto va ancora una volta sottolineata la valenza di accoglimento psicologico insita in tale lavoro, di cui non va sottovalutata la portata spesso rivoluzionaria per persone abituate a vivere pesantissimi problemi nella convinzione che nessuno possa conoscerli senza soccombere all'orrore, nè porvi rimedio senza precipitare catastrofi: talvolta questa esperienza di trovare risonanza emotiva, spesso del tutto nuova per le piccole vittime, potrà avere un peso decisivo rispetto all'affacciarsi della speranza di poter trovare aiuto, e quindi rispetto alla possibilità di rivelare.

Fatto questo primo passo ci si potrà quindi trovare nelle condizioni adatte per dare inizio, quasi sempre nel quadro di un intervento protettivo dell'autorità giudiziaria minorile, alle fasi successive di approfondimento diagnostico, quelle indispensabili per completare il quadro appena abbozzato e per condurre alla formulazione di una diagnosi.

Innanzitutto è bene fermarsi a riflettere sui limiti del termine "diagnosi" in queste situazioni : non si intende certo la prova dei "fatti", che non compete agli psicologi. A loro compete invece la composizione di un *giudizio di compatibilità* o meno tra il quadro psicologico, riferito in primis alla vittima, ma anche più ampiamente alle caratteristiche del suo contesto relazionale, e l'ipotesi di un'esperienza traumatica sessuale. Abbiamo del resto già affrontato il tema dei pesanti segni emotivi che tali esperienze, se effettivamente vissute, lasciano nella personalità della vittima: si tratta di equivalenti di quanto, in medicina ad esempio, è costituito dai segni radiologici di una certa malattia o può essere riconosciuto attraverso valori ematici alterati. Come in tutte le diagnosi, nessun elemento ha significato definitivo in sè: è solo l'analisi e la messa in connessione dinamica degli elementi, nonchè la loro osservazione in chiave diacronica, che potrà alla fine portare ad emettere un giudizio con "ragionevole certezza", secondo la formula adoperata nelle professioni sanitarie. Naturalmente anche l'esperienza maturata nel tempo su quello specifico tipo di patologia, base del cosiddetto "intuito clinico", avrà un peso nel processo valutativo: esso tuttavia non avrà altra funzione che quella di accelerare il ragionamento diagnostico, che dovrà comunque, soprattutto in un campo così delicato, essere compiutamente corroborato da tutti i passaggi necessari.

Attraverso la pratica clinica siamo arrivati a mettere a punto uno schema articolato di tali passaggi, che verrà di seguito sintetizzato.

Il processo da attuare per arrivare ad emettere una diagnosi di compatibilità come sopra precisato deve tener conto di alcune *aree d'indagine*, che non possono essere qui dettagliate, ma almeno indicate sommariamente.

La prima è quella del terreno familiare in cui si è sviluppata l'esperienza traumatica. Lo schema messo a punto da Finkelhor già nel 1984 è tuttora valido. Esso fa riferimento all'esistenza di precondizioni relazionali necessarie al sorgere di un abuso: precondizioni che riguardano sia fattori interni alla personalità dell'abusante, sia l'assetto dei rapporti di ruolo e potere nel nucleo, con particolare attenzione agli adulti potenzialmente protettivi, che fattori relativi alla vittima e alla sua vulnerabilità.

La seconda area da studiare è la globale strutturazione psicologica della vittima. A tal fine verranno considerati non solo dati relativi al momento presente, quasi come in una fotografia, ma tutti quelli che

possono esaurientemente delineare il percorso evolutivo del bambino, la connessione di questo con fatti salienti della storia familiare, la completa raccolta dei possibili indicatori di una situazione traumatica ecc.. Particolare attenzione dovrà suscitare la constatazione che in un quadro definibile come ordinario, "normale", compaiono "isole" dissonanti: infatti è caratteristica delle situazioni post-traumatiche la presenza di vistosi segni patologici all'interno di una personalità e una sequenza evolutiva globalmente compensate.

Il terzo aspetto da considerare è costituito dalle dichiarazioni del bambino riguardo al presunto abuso. Esistono in proposito schemi di lettura ed interpretazione (Agnoli, Ghetti, 1995; Berliner, Conte, 1993; Faller, Corwin, 1995; Steller, Boychuk, 1992; Steward et al., 1993) che tengono conto non tanto delle caratteristiche di validità usuali per i racconti testimoniali dell'adulto, ma di quelle tipiche della narrazione dei bambini, rese ancor più particolari dal fatto che quanto viene riferito corrisponde ad una esperienza traumatica (Weingarten, Cobb, 1993; Sorensen, Snow, 1991).

L'ultima area su cui costruire il giudizio di compatibilità di cui sopra si parlava è quella dei vissuti prevalenti della vittima. Si tratta dell'aspetto più specifico, e spesso più corposo del percorso diagnostico. Messo in atto attraverso i metodi d'indagine tradizionali delle diagnosi psicologiche (disegni, test proiettivi, osservazione di gioco) deve portare a raccogliere e ad analizzare elementi del mondo interno, in modo da capire se nel soggetto che si sta osservando, e che si suppone vittima di abuso, esistano quelle stigmate emotive che sono state sopra descritte come esiti dannosi del trauma. Tale analisi può essere particolarmente confortata quando emergano dal materiale proiettivo anche contenuti molto specifici e trasparentemente collegabili, sia pure senza che venga abbandonato lo schermo dell'immaginario, agli eventi reali come riferiti: ci si trova in tal caso in presenza di una sorta di rimessa in scena post-traumatica dell'abuso (attraverso giochi, disegni, storie inventate e attribuite ad altri protagonisti) marcata da intensa emotività e facilmente riconoscibile per le sue caratteristiche nel complesso della produzione simbolica (Terr, 1981).

Composto il quadro generale, sarà ancora necessario procedere ad una sorta di contro-prova. Esistono infatti in letteratura più schematizzazioni convergenti delle situazioni in cui è lecito sospettare di trovarsi di fronte ad un'erronea denuncia, cioè ad un sospetto di abuso sessuale senza fondamento. Utilizzando questa falsariga, sarà possibile ripensare gli elementi raccolti fino a quel momento in direzione valutativa per verificare se, letti altrimenti, possano soddisfare quest'ultima ipotesi (Breese et al., 1986; De Young, 1986; Mantell, 1988; McFarlane, Waterman, 1986; Yates, Musty, 1988).

Effettuati tutti i passaggi sopra indicati, le conclusioni diagnostiche poggeranno quindi su una ordinata pluralità di dati e deduzioni, con alta probabilità di essere giunti ad un giudizio corretto e ben sostenibile.

## Il percorso terapeutico

E' indubbio che nelle situazioni di abuso sessuale vi sia bisogno di un importante lavoro terapeutico: lo svelamento mette in luce gravi patologie pre-esistenti ad ogni livello.

Eppure la prima saggezza è fuggire la speranza che una "terapia" possa mettere ordine e risanamento in questo terreno fin dalle prime fasi successive alla scoperta dei fatti.

Talvolta addirittura si pensa alla terapia come un ambito accogliente e propizio anche al completamento degli accertamenti diagnostici, che possa diluire nel tempo la necessità di arrivare ad un inventario circostanziato dei danni avvenuti e delle risorse residue. Purtroppo in assenza di diagnosi sappiamo bene che non sarà possibile dare volto agli interlocutori davvero "trattabili", nè definire gli obiettivi che potremo ragionevolmente proporci.

E' quindi necessario arrendersi alla esigenza di mettere con precisione a fuoco innanzitutto un quadro valutativo, anche se sappiamo che durante questo intervento saranno compiute, come è ormai prassi consolidata (Cirillo, DiBlasio, 1989), molte operazioni che, pur avendo come scopo principale la verifica della modificabilità positiva dei vari componenti la famiglia, assumeranno valenze di immediato supporto e, ove possibile, di ricostruzione a livello personale e relazionale (Malacrea, 1994). Per tali motivi possiamo considerare questo primo lavoro, che potremmo a ragione definire come *valutazione-terapia*, come la prima tappa di un percorso di cura nell'abuso sessuale.

La principale area di verifica riguarderà la riorganizzazione delle risorse familiari intorno alla rottura del segreto sull'abuso: riorganizzazione che potrà comportare anche scelte di vita decisive. Essa probabilmente porterà allo scoperto problemi pregressi di ogni singolo componente, che verranno spesso violentemente riattivati a contatto con una crisi tanto grave, che rende impraticabili gli adattamenti costruiti fino a quel momento. Va notato che è molto alto il grado di sofferenza connessa al raggiungimento di una nuova consapevolezza senza veli della situazione (Gelinas, 1983): non a caso nel racconto di chi ha attraversato questa fase, si tratti delle vittime o più spesso degli adulti protettivi che ora si sentono sollecitati da mille domande circa il proprio passato comportamento e gli esiti nel futuro degli eventi, compaiono abbondanti vissuti di catastrofe, disperazione, morte. Non ci si può nascondere che è come se il mondo andasse in frantumi, mentre le premesse di riferimento su cui si è abituati a fondare la propria vita sembrano sconvolte. E' necessario un tempo perchè questo stato d'angoscia sedimenti almeno al punto da diventare comunicabile ed elaborabile, tempo che andrà correttamente ricavato durante il percorso di valutazione, prima di giungere a conclusioni sulle risorse familiari.

Infatti la sofferenza intensa potrebbe anche non essere tollerata e indurre *scelte difensive* altrettanto rigide di quelle adottate in passato, portando ad esempio alla negazione degli avvenimenti. Più facilmente potrà indurre reazioni di "fuga" (evitamento, allontanamento): piuttosto comune è il tentativo di mettere precocemente la parola "fine" a quanto sta appena emergendo.

L'adulto protettivo ricorre sovente ad una brusca rottura del legame precedente con l'abusante, evitando di chiedersi, cosa tanto più inevitabile quanto più quel legame era stato forte e significativo, le ragioni di un così importante fallimento nella relazione. Nello sforzo di guardare al futuro, non trova di meglio che precipitarsi verso nuovi rapporti che possano sostituire il precedente, con l'intento di ottenerne così la cancellazione, la dimenticanza. Nel far ciò non calcola affatto il logoramento delle proprie energie dovuto alla situazione precedente-sia pure silente- e all'attuale crisi: si prepara quindi quasi sicuramente un nuovo fallimento. Tale ovvia previsione razionale non è quasi mai in grado, tuttavia, di fermare l'impulso emotivo a fuggire da un presente troppo disperante e gravido di amare riflessioni.

Quanto alla vittima, può avvenire qualcosa di analogo nelle dinamiche, se non nelle manifestazioni. Sovente, specie nelle ragazze più grandi, si innesca precocemente un rifiuto a ritornare con il pensiero sulla relazione incestuosa; quello che superficialmente viene attribuito ad un tedio -peraltro giustificato- nel rievocare i fatti, è in realtà più profondamente dovuto alla paura di dover passare da questi all'analisi dei motivi e dei sentimenti ad essi sottesi. Una volta entrate nella fase del "silenzio" diventa tuttavia difficile mobilitare quelle capacità di elaborazione che sole possono portare al risanamento.

Appare quindi chiaro come una fase di lavoro psicologico, che non può essere ancora proposta come terapia, possa diventare il luogo in cui verranno effettuate operazioni a ponte tra la valutazione e la cura, dai riflessi importanti sullo svolgimento degli interventi successivi e che solo in quel momento e in quella forma possono essere compiute.

Non va poi dimenticato che attraverso la valutazione sarà anche necessario raggiungere il più precocemente possibile una previsione di quali siano gli individui su cui è realistico contare per dare *protezione* alla

piccola vittima, che deve trovare un ambito sufficientemente solido e affettivamente valido per continuare da subito il proprio percorso evolutivo, in attesa che un successivo lavoro psicologico possa renderlo ancora più adeguato a tutte le sue necessità di riparazione.

Per dare una risposta a questo fondamentale quesito, sarà necessario considerare alcuni fattori. Dall'analisi infatti dell'esperienza clinica relativa a questi casi, è emerso che, per garantire alle vittime un futuro soddisfacente all'interno della rete dei rapporti primari, sono necessarie due attitudini complementari negli adulti che si propongono come protettivi (Malacrea, in corso di pubblicazione).

Il primo fattore è costituito dalla capacità di tali familiari di provvedere una tempestiva e duratura tutela del bambino, assicurando così l'interruzione definitiva dell'esperienza traumatica. La logica vorrebbe che tale capacità traesse origine dalla consapevolezza che davvero abuso c'è stato e che ha prodotto guasti che con tutte le forze saranno da evitare per il futuro. La capacità protettiva dovrebbe quindi andare di pari passo con un secondo fattore, e cioè la capacità di confrontarsi con il trauma avvenuto e con le sue conseguenze ad ogni livello. Sappiamo inoltre che la possibilità di trovare parallelamente tutela e un valido contenitore psicologico in un adulto con cui abbia un forte legame è per la vittima il più importante fattore di ricostruzione.

Purtroppo non sempre esiste questa complessità di risorse: non sono anzi affatto rari i casi in cui si verifica uno scollamento tra i due fattori sopra descritti, con la pernicioso conseguenza di un trascinarsi in direzione negativa pure della capacità che inizialmente sembrava sufficientemente valida. Ne discende ancora una volta che predisporre un intervento valutativo di una conveniente durata potrà garantire informazioni illuminanti anche sulle risorse effettive a disposizione della vittima, con la quale non è neppure pensabile un progetto di cura se non dopo aver attivato un assetto di vita contenitivo, stabile e affettivo.

Sempre in questa prima fase dell'intervento sarà necessario tenere conto che agli elementi che producono uno stato di "turbolenza" per così dire intrinseca alla situazione familiare si sommeranno quasi inevitabilmente *elementi esterni* dello stesso segno. Pensiamo soprattutto all'avvio dei procedimenti giudiziari, con il corteo di forzate memorie per la vittima, di confronti diretti per gli adulti protettivi con persone verso le quali ci si sta studiando di costruire una distanza emotiva, di traumatiche guerre psicologiche senza esclusione di colpi: senza contare imponderabili incidenti di percorso, il prolungamento a volte quasi intollerabile dei tempi processuali, il moltiplicarsi di indagini che danno l'impressione di ritornare sempre da capo, di non riuscire mai a vedere la fine del tunnel.

Queste circostanze stabiliscono un clima di eterna emergenza, assai poco maneggiabile in setting terapeutici classici. L'intervento dovrà invece adeguarsi flessibilmente a tali ritmi e necessità, cosa molto più facile all'interno del formato sopra descritto: sottolineiamo inoltre ancora una volta che, pur decisi a fornire da subito il supporto necessario senza riserve (nel testo già citato di Malacrea, in corso di pubblicazione, tale intervento è stato definito "*sostegno terapeutico di crisi*"), lasciarsi aperto uno spazio valutativo teso a verificare la tenuta dei cambiamenti innescati nella famiglia, anche nella dura messa alla prova causata da questi fattori di stress, può fornire valide indicazioni per il successivo processo terapeutico.

Arriviamo ora a delineare gli aspetti più importanti di tale *processo terapeutico*. Occorrerà prefigurare, almeno mentalmente, tappe successive.

Innanzitutto le linee-guida generali obbligano ad adottare il criterio della massima conservatività rispetto alle relazioni fondamentali del bambino, a condizione, tuttavia, che esse si configurino come "vere" risorse. Sarebbe infatti molto negativo perpetuare legami carichi di riserve ed ambiguità, proprio in un momento in cui vanno scoraggiati e smontati gli adattamenti patologici che hanno retto nel passato tanti nefasti compromessi.

Il primo oggetto di attenzione, discriminante rispetto alle operazioni successive, sarà la posizione assunta dall'*abusante*. (D'ora in poi ci si riferirà alla situazione-tipo dell'abuso intrafamiliare, in cui il persecutore è il padre, perchè si tratta della situazione in cui i fattori in gioco che descriveremo assumono il massimo peso). Fondamentale sarà la capacità di quest'ultimo di assumersi la responsabilità di quanto accaduto. Ci riferiamo innanzitutto all'ammissione dei fatti, ma non solo. Infatti non sono affatto infrequenti situazioni in cui, magari parzialmente e con una certa quota di minimizzazione, si arriva a questo risultato. Tuttavia esso non è sufficiente per dare una decisa svolta alle distorsioni da cui è stata segnata la relazione con la vittima e il complesso dei rapporti familiari. Trepper e Barrett nel loro volume (1989) descrivono magistralmente il lavoro psicologico necessario per spostare progressivamente il muro di negazione che ha permesso il nascere e la continuazione nel tempo dell'abuso. In tappe successive dovranno essere affrontate, oltre alla negazione dei fatti -primo, indispensabile passaggio-, la negazione di consapevolezza (cioè di essere stati animati da precise scelte strategiche nel preparare e compiere l'abuso, ben sapendo che proprio di questo si trattava), di

responsabilità (cioè di intenzionalità libera per quanto possibile da condizionamenti esterni, ai quali non può essere attribuita che un'importanza marginale rispetto all'assunzione del comportamento abusante), di impatto (cioè del fatto che quanto avvenuto ha comportato conseguenze altamente traumatiche per il minore che vi è stato coinvolto). In sintesi non devono più rimanere all'abusante scappatoie come l'attribuzione dei pensieri incestuosi all'alcool, o alle più varie cause d'infelicità e rabbia, o alle presunte inadempienze della consorte; nè deve continuare l'illusione che il figlio, essendo piccolo, non abbia capito il significato di quegli speciali "giochi" e che quindi possa facilmente dimenticarli senza conseguenze.

Nel fare questo attacco ai processi di negazione dovrà essere tenuto ben presente che essi si fondano solo per una piccola quota sulla decisione strategica di occultare il proprio perverso comportamento; in gran parte questi derivano invece la propria forza e rigidità dall'impossibilità di integrare nella propria auto-immagine, magari per altri versi del tutto compensata e adattata, aspetti tanto dissonanti e capaci di indurre vergogna, orrore, disprezzo di sé. Andranno accuratamente sorvegliate le possibili evoluzioni dello stato emotivo in senso depressivo, quando queste diventino troppo massicce e disfunzionali rispetto allo scopo prevalentemente ricostruttivo del lavoro psicologico. Non andrà sottovalutata la possibilità che sistemi di cura che si basano sul rinforzo dei meccanismi di autocontrollo siano percepiti come più rassicuranti di altri tesi alla comprensione del mondo interno o delle dinamiche relazionali, e possano consentire un più precoce abbandono delle difese di negazione.

Dopo un'approfondita elaborazione di questi temi, si potranno valutare, ed eventualmente rinforzare, le possibilità residue del padre di riassumere un ruolo genitoriale. Su questo punto conteranno non soltanto le buone intenzioni, ma anche le prove date nel passato rispetto a tali funzioni. E' infatti assai improbabile che un soggetto già assente dalle responsabilità connesse al suo ruolo o troppo paritario rispetto ai figli possa acquistare, dopo una tale caduta, più "punti" come genitore di quanti mai sia riuscito a totalizzarne in passato; mentre soggetti che avevano espresso in precedenza anche buone attitudini di accudimento e di reale vicinanza affettiva con la vittima e/o gli altri figli potrebbero riprendere un ruolo parentale significativo.

In parallelo con quanto sopra andrà avviato un programma teso a rinforzare la diade madre-figlio. L'importanza di questa fase è tale da farla considerare come il vero perno intorno a cui ruota l'intervento. Innanzitutto essa potrebbe anche essere la sola possibilità residua di salvare i legami primari della vittima, qualora l'abusante non fosse disposto ad abbandonare i propri meccanismi di negazione. Ma anche se una ricostruzione fosse possibile sul versante paterno, sarebbe imprudente esporre il bambino ad un confronto diretto con la relazione con l'abusante prima di averne rinforzato, per così dire, la "contrattualità", la posizione all'interno della costellazione familiare, attraverso una ridefinizione e un risanamento del suo rapporto con l'adulto protettivo, quasi sempre la madre. In questo lavoro vengono affrontati importanti e dolorosi nodi problematici, quelli connessi più da vicino con i vissuti di tradimento, colpa, vergogna, come già più sopra illustrato.

Va inoltre ricordato che anche la madre è quasi sempre preda di vissuti del tutto analoghi a quelli del figlio; essa infatti si attribuisce sovente in modo massivo e indifferenziato ogni responsabilità dell'abuso, sentendosi intollerabilmente colpevole per non aver capito ai primi segnali e non aver sufficientemente protetto. Talvolta la somma emotiva di questi sentimenti paralleli fa salire troppo il livello di angoscia, finendo per costituire un ostacolo al processo terapeutico. E' quindi necessario approfondire molte energie per dare alla giusta percezione della madre e della vittima di avere una parte di responsabilità, almeno omissiva, nell'abuso, una lettura che la renda tollerabile e suscettibile di evoluzione positiva.

Le prove cliniche indicano che può essere d'aiuto desistere completamente dal tentativo di negare tale responsabilità: cosa che si è sperimentata ben poco convincente e accettabile per i soggetti in gioco. Tuttavia è possibile sostituire alla percezione di "colpa" quella di vulnerabilità o "stupidità" (Malacrea, Vassalli, 1990). Si ritorna ancora una volta al nodo costituito dall'imbroglio, come strategia dell'abusante per sostenere la relazione incestuosa. Analizzando tale strategia nelle sue componenti specifiche diventa possibile rintracciare i punti di caduta della vigilanza, di confusione, di distorsione che si sono creati e complicati via via nel tempo. Tale approccio rende possibile riflettere sui propri comportamenti anche disfunzionali trovandone in un certo qual senso una giustificazione; soprattutto permette di individuare i propri punti deboli per modificarli, se possibile, o almeno tenerli in debito conto per il futuro.

Proprio su questo punto c'è, con l'adulto protettivo, un'ulteriore opportunità di lavoro. Infatti spesso proprio l'urgenza di voltare pagina, di provare a se stessi che la vita non è finita, spinge a cercare nuove relazioni in alternativa alla vecchia. E' proprio in quel momento che riaffiorano schemi interattivi consolidati, sentimenti

di bassa auto-stima, impulsività, che non sono altro che lo specchio di quanto in passato ha portato ad un così grande fallimento. L'analisi di quanto si sta riattualizzando permetterà quindi, come una cartina di tornasole, di evidenziare nodi antichi sul piano personale e relazionale; e di suscitare una forte motivazione, superiore a tutte le spinte a fuggire dal problema, per andare a fondo dei fattori che hanno contribuito alla genesi della situazione traumatica.

Dopo queste prime operazioni sarà quasi sempre necessario prevedere anche fasi di terapia individuale: infatti ciascuno degli attori della situazione incestuosa avrà bisogno di spazi privati di elaborazione, affinché quanto riformulato sul piano relazionale possa in parallelo rinforzarsi attraverso modificazioni profonde dei propri assetti psicologici, al doppio scopo sia di porre rimedio alle premesse personali che hanno contribuito a dare luogo all'abuso che di correggere le storture ad esso conseguenti.

Un cenno particolare va fatto sulla terapia individuale alla vittima: ricordiamo che in non poche situazioni (nella nostra casistica si arriva al 60-70% dei casi) quest'ultima sarà l'unica su cui potrà essere compiuto un lavoro psicologico, quando sia l'abusante che le figure potenzialmente protettive rifiuteranno di prendere sufficiente consapevolezza di quanto avvenuto e dei danni a ciò successivi.

Può essere citato come buon tentativo di sintesi l'articolo di Ney (1987), che individua le fasi emotive, e quindi le esigenze terapeutiche, attraverso cui passa solitamente chi è stato vittima di situazioni pregiudizievoli. In particolare, oltre all'affronto dei problemi già sopra evidenziati qualora ci siano delle relazioni residue da ricostruire, sarà necessario favorire movimenti di "lutto" rispetto a ciò -la propria infanzia, la possibilità di poggiare fiduciosamente su una concezione ottimistica del mondo e della vita, in cui pericoli e nemici riguardano gli altri - che è perduto per sempre, anche se si troveranno forze residue per andare avanti. Ovviamente tale compito sarà particolarmente doloroso quando il bambino dovrà rassegnarsi ad ammettere che tutte le persone di primaria importanza affettiva, da cui per definizione di ruolo si aspettava cura e protezione, l'hanno abbandonato. D'altro canto questa completa e impietosa presa di coscienza è l'unica premessa che rende possibile il radicamento in altri tessuti familiari, come occorre quando per la piccola vittima non resta aperta che la via dell'adozione.

Per il bambino il naturale complemento di quanto sopra è sviluppare la capacità di non cedere alla lusinga di concepire false idealizzazioni nei confronti di alcuno, sia che faccia parte del suo passato che del suo presente o futuro. Sappiamo infatti che l'impulso di compensare in questo modo il sentimento di svuotamento personale, di non appartenenza, dovuto al riconoscimento del fallimento relazionale che l'ha travolta, non farà che creare nella vittima nuovi punti di debolezza, esponendola a delusioni successive che vanno assolutamente evitate, per il rischio che comportano di far franare definitivamente un terreno emotivo già troppo compromesso. Occorrerà invece aiutare il bambino ad aprire gli occhi realisticamente sulle risorse accessibili e fruibili, imparando ad apprezzarle e valorizzarle anche se non rispondono all'immagine intera e compiuta del rapporto di cura, interiorizzata durante le fasi più primitive del processo di attaccamento alle figure parentali. Per usare una metafora, occorrerà che la vittima sia aiutata ad imparare a "saziarsi" facendo tesoro di tante piccole quantità di "latte", rinunciando alla speranza di poterlo fare attingendo ad un unico sovrabbondante "biberon" .

Il percorso terapeutico, come si può facilmente capire, si configura quindi come lungo e impegnativo. E' bene pure prevedere che, con alta probabilità, potrà rendersi necessaria, nel corso del tempo, una terapia di consolidamento, con ripresa di nodi problematici rimasti irrisolti o che potrebbero riattivarsi a contatto con avvenimenti successivi alla dimissione. Questo lavoro richiederà dunque molte energie da parte degli operatori. Del resto è evidente che solo sviluppando capacità terapeutiche adeguate, e -si spera- i relativi successi, acquisterà un senso anche tutto lo sforzo di valutazione e protezione profuso nelle prime fasi dell'intervento.

## **Conclusioni**

L'intervento psicologico nei casi di abuso sessuale si configura come stimolante e utile. Esso richiede tuttavia competenze specifiche, non immediatamente deducibili dagli insegnamenti di base ricevuti dagli operatori. In particolare va lamentata l'assenza quasi ubiquitaria nella formazione, sia di taglio psicodinamico che relazionale, di una preoccupazione sufficientemente estesa per le patologie post-traumatiche.

Riteniamo che esistano oggi nel nostro Paese esperienze cliniche abbastanza ampie e consolidate sul tema di cui ci stiamo occupando, anche se non diffuse uniformemente. Del resto è abbastanza funzionale che, quando si sviluppa attenzione a una nuova patologia e si cerca di sviluppare le tecniche d'intervento corrispondenti, si verifichi una temporanea concentrazione del sapere in Centri specialistici. Essi possono diventare successivamente una fonte affidabile e qualificata di formazione diffusa e centri di aggregazione per la ricerca che è necessario continuamente aggiornare e sviluppare nel campo. Possono anche diventare per gli operatori spazi permanenti di connessione e confronto, estremamente necessari quando si opera su temi tanto controversi, delicati ed emotivamente pesanti.

Da ultimo va aggiunto che quanto descritto sopra non costituisce che una parte del complesso e articolato intervento di rete necessario per affrontare casi di questa difficoltà e gravità (Malacrea, in corso di pubblicazione). Molte delle operazioni propriamente psicologiche diminuirebbero enormemente la loro efficacia, anche se condotte correttamente in sé, se non si trovassero nella giusta collocazione d'insieme e non potessero essere eseguite nei tempi opportuni, grazie al comporsi dell'intero quadro dell'intervento sul piano sociale, medico, educativo e giudiziario. Anche questo fatto pone esigenze molto specifiche di integrazione a chi opera nel campo psicologico.

## BIBLIOGRAFIA

- A.S.P.E.R. (RICERCA) (1994) *Uscire dal silenzio. Gli abusi sessuali e l'incesto*.
- AGNOLI F., GHETTI S. (1995) Testimonianza infantile e abuso sessuale, *Età Evolutiva*, ott., 66-75.
- BABIKER G., HERBERT M. (1996) The role of psychological instruments in the assessment of child sexual abuse, *Child Abuse Review*, 5, 239-251.
- BABIKER G., WILKINSON N.W. (1994) The psychological detection of abuse : snags and pitfalls, *British Journal of projective psychology*, 39 (1), 10-22.
- BERLINER L., CONTE J.R. (1993) Sexual abuse evaluation: conceptual and empirical obstacles, *Child Abuse and Neglect*, 17, 111-125.
- BLASSEL J.M. (1992) De l'enfant maltraité à l'adulte maltraitant, *Dialogue*, 3, 19-27.
- BRESEE P., STEARNS G., BRUCE H.B., PACKER L.S. (1986) Allegation of child sexual abuse in child custody disputes: a therapeutic assessment model, *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 560-569.
- CATTANACH A.. (1992) *Play therapy with abused children*, Jessica Kingsley Publishers, London.
- CIRILLO S., DI BLASIO, P. (1989) *La famiglia maltrattante*, Cortina, Milano.
- DE YOUNG M. (1986) A conceptual model for judging the truthfulness of a young child's allegation of sexual abuse, *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(4), 550-559.
- DENSEN-GERBER J, HUTCHINSON SF (1978) Medical-legal and societal problems involving children: child prostitution, child pornography and drug related abuse. Recommended legislation. In: SMITH SM (ed) *The maltreatment of children*, University Park Press, Baltimore.
- EVERSON MD et al. (1989) Maternal support following disclosure of incest, *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 197-207.
- FALLER K., CORWIN L.D. (1995) Children's interview statements and behaviors: role in identifying sexually abused children, *Child Abuse and Neglect*, 19(1), 71-82.
- FINKELHOR D, BROWNE A (1985) The traumatic impact of child sexual abuse, *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530-541.
- FINKELHOR D. (1984) *Child sexual abuse: new theory and research*, Free Press, New York.
- FLANIGAN BJ, PORTRYKUS PA, MARTI D (1988) Alcohol and marijuana use among female adolescent incest victims, *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5(1-2), 231-248.
- FRIEDRICH W.N. (1990) *Psychotherapy of sexually abused children and their families*, Norton and C., New York.
- FURNISS T (1988) L'abuso sessuale intrafamiliare: valutazioni e conseguenze. In: CAFFO E (ed) *Il rischio familiare e la tutela del bambino*, Guerini e Associati, Milano.
- GELINAS D.J. (1983) The persisting negative effects of incest, *Psychiatry*, 46, 312-332.
- HERMAN J. (1992) *Trauma and recovery : the aftermath of violence*, Basic Books, New York.
- JAMES J, MEYERDING J (1977) Early sexual experience as a factor in prostitution, *Archives of Sexual Behavior*, 7, 31-42.
- KEMPE CH (1978) Sexual abuse, another hidden pediatric problem, *Pediatrics*, 62, 382-389.
- KEMPE R., KEMPE C.H. (1978) *Le violenze sul bambino*, trad. it. Armando, Roma, 1980.
- MALACREA M ( in corso di pubblicazione) Abuso sessuale all'infanzia: dopo lo svelamento quale futuro per le vittime?
- MALACREA M ( in corso di pubblicazione) Integrazione degli interventi nei casi di abuso sessuale all'infanzia: una situazione esemplificativa
- MALACREA M, VASSALLI A (1990) *Segreti di famiglia*, Cortina, Milano.
- MALACREA M. (1994) L'effetto terapeutico della "validation" nei casi di abuso sessuale ai bambini. In: ROCCIA C., FOTI C., *L'abuso sessuale sui minori*, Unicopli.
- MALQUIST C (1966) Report on females with three or more illegitimate pregnancies, *American Journal of Orthopsychiatry*, 36, 476-484.
- MANTELL D.M. (1988) Clarifying erroneous child sexual abuse allegations, *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(4), 618-621.
- MCFARLANE K., WATERMAN J. (1986) *Sexual abuse of young children*, Norton and C., London.
- NASH M.R., HULSEY T.L., SEXTON M.C., HARRALSON T.L., LAMBERT W. (1993) Long-term sequelae of childhood sexual abuse . perceived family environment, psychopathology and dissociation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 276-283.

- NEY P.G. (1987) The treatment of abused children : the natural sequence of events, *American Journal of Psychotherapy*, 41(3), 391-401.
- POUBELLE-CONDAMIN C. (1994) Critères de détection d'abus sexuels à enfants, *Bulletin de Psychologie*, 47, 285-298.
- RISIN L.I., McNAMARA J.R. (1989) Validation of child sexual abuse. The psychologist's role. *Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 175-184.
- ROJAS BREEDY A.L. (1995) On the use of the Rorschach in the assessment of psychological functioning following sexual abuse in adolescent girls : a research note, *Rorschachiana*, 20, 188-204.
- ROSENFELD AA (1979) Incidence of a history of incest among 18 female psychiatric patients, *American Journal of Psychiatry*, 136, 791-795.
- SHAPIRO J.P., LEIFER M., MARTONE M.W., KASSEM L. (1990) Multimethod assessment of depression in sexually abused girls, *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 234-248.
- SORENSEN T., SNOW B. (1991) How children tell: the process of disclosure, *Child Welfare*, 70, 3-15.
- STELLER M., BOYCHUK T. (1992) Children as witnesses in sexual abuse cases: investigative interview and assessment techniques. In DENT H., FLIN R., *Children as witnesses*, Wiley and Sons.
- STEWART M.S., BUSSEY K., GOODMAN G.S., SAYWITZ K.J. (1993) Implication of developmental research for interviewing children, *Child Abuse and Neglect*, 17, 25-37.
- TERR L.C. (1981) "Forbidden games", *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 20, 741-760.
- TREPPER T.S., BARRETT M.J. (1989) *Systemic treatment of incest: a therapeutic handbook*, Brunner/Mazel, New York.
- VIOLATO C. (1994) The effects of childhood sexual abuse and developmental psychopathology, *Canadian Journal of Behavioral Science*, 23, 282-299.
- WATERMAN J., LUSK R. (1993) Psychological testing in evaluation of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 17, 145-159.
- WEINGARTEN K., COBB S. (1995) Timing disclosure sessions : adding a narrative perspective to clinical work with adult survivors of childhood sexual abuse, *Family Process*, 34, 257-269.
- YATES A., MUSTY T. (1988) Preschool's children erroneous allegations of sexual molestation, *American Journal of Psychiatry*, 145(8), 989-992.
- ZULUETA (de) F (1993) *From pain to violence*, Whurr, London.