



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA

**ESPERIENZE TRAUMATICHE PRECOCI INTRAFAMILIARI E IL
FENOMENO DEL SIBLING ABUSE: IL CASO DI L**

RELATRICE:

Prof.ssa Laura Ferro

STUDENTE: 20 D03 211

Giulia Gili-Tos

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1: L'ABUSO SESSUALE INTRAFAMILIARE E LE CARATTERISTICHE DELL'ABUSANTE ...	3
1.1 Riferimenti storici riguardo l'abuso e il maltrattamento sui minori	3
1.1.1 <i>Lo studio del fenomeno dell'abuso sessuale: dal passato alla contemporaneità</i>	<i>4</i>
1.2 Il concetto di abuso sessuale intrafamiliare.....	6
1.2.1 <i>Le diverse forme dell'abuso sessuale intrafamiliare</i>	<i>7</i>
1.3 Caratteristiche dell'abusante adulto: la violenza sessuale intrafamiliare.....	9
1.3.1 <i>Il concetto del tempo nell'abuso sessuale intrafamiliare e le diverse fasi</i>	<i>10</i>
1.3.2 <i>Il female sex offender e la ripetizione dei comportamenti abusanti</i>	<i>10</i>
1.3.3 <i>La trascuratezza genitoriale e il child neglect.....</i>	<i>12</i>
1.4 Il sibling abuse: il fenomeno dell'abuso sessuale fra fratelli/sorelle.....	13
1.4.1 <i>La distinzione fra il sibling abuse o la curiosità sessuale dei bambini</i>	<i>14</i>
1.4.2 <i>La diffusione del fenomeno del sibling abuse</i>	<i>16</i>
1.5 Caratteristiche del giovane abusante e il ciclo ripetuto dell'abuso.....	16
1.5.1 <i>Fattori familiari nello sviluppo di comportamenti sessuali dannosi.....</i>	<i>17</i>
1.5.2 <i>Parallelismo tra esperienze di vittimizzazione e comportamenti abusanti attuati.....</i>	<i>18</i>
1.5.3 <i>Le conseguenze del trauma e l'identificazione con l'aggressore.....</i>	<i>19</i>
1.5.4 <i>Lo sviluppo della sessualità infantile: dalla normalità alla violenza.....</i>	<i>19</i>
1.6 La Psicologia Giuridica nell'ambito degli abusi sessuali sui minori	20
CAPITOLO 2: COSA ACCADE NEL BAMBINO ABUSATO SESSUALMENTE: MENTE E CORPO NEL TRAUMA.....	23
2.1 Esperienze traumatiche precoci: trauma e dissociazione nella vittima	23
2.2.1 <i>Il ruolo dello stress nel trauma: resilienza o vulnerabilità.....</i>	<i>24</i>
2.2.2 <i>Il ruolo dell'attaccamento e dei MOI nell'elaborazione del trauma</i>	<i>25</i>
2.2.3 <i>Fattori da considerare per la valutazione dell'abuso sessuale.....</i>	<i>26</i>
2.2.4 <i>Il ruolo della dissociazione nel trauma</i>	<i>27</i>
2.3 Gli effetti del trauma sulla mente e sul corpo	28
2.3.1 <i>La memoria traumatica e il ricordo traumatico</i>	<i>30</i>
2.3.2 <i>L'attivazione del corpo di fronte al trauma</i>	<i>30</i>
2.4 Il bambino vittima di sibling abuse: fattori di rischio ed eventi patogeni.....	32
2.4.1 <i>Le emozioni e i sentimenti nel bambino vittima di abuso sessuale.....</i>	<i>34</i>
2.4.2 <i>L'assenza di un ambiente sicuro di fronte a episodi di abuso sessuale.....</i>	<i>35</i>
2.4.3 <i>Le conseguenze dell'abuso sessuale sullo sviluppo della sessualità della vittima</i>	<i>36</i>
2.5 Prospettive di intervento sui bambini vittime di sibling abuse.....	37

2.5.1	<i>Indicazioni nel trattamento e collocamento del bambino autore del reato</i>	38
2.5.2	<i>Il contesto culturale nella valutazione dell'abuso sessuale intrafamiliare</i>	39
CAPITOLO 3: IL CASO CLINICO DI L		41
3.1	<i>Il caso di L: la sua anamnesi</i>	41
3.2	<i>Quadro diagnostico di L</i>	43
3.2.1	<i>L'assessment diagnostico</i>	43
3.3	<i>Il Blacky Picture Test</i>	44
3.4	<i>Il TSCC: trauma symptom checklist for children</i>	51
3.5	<i>Riflessioni sul caso clinico di L</i>	55
CONCLUSIONI		57
BIBLIOGRAFIA		58
SITOGRAFIA		60
RINGRAZIAMENTI		61

INTRODUZIONE

Nell'ambito dello studio in diversi corsi del mio percorso universitario ho avuto modo di constatare che l'abuso sessuale intrafamiliare è un fenomeno complesso, stratificato e molto diffuso che si presenta con una ricorrenza elevata rispetto ad altre forme di abuso (90%), si distingue in differenti tipologie e al suo interno, i membri familiari coinvolti, possono essere diversi (come i caregivers o i fratelli/sorelle) e ricoprire ruoli complessi (aggressori, complici e/o spettatori negligenti). È, inoltre, spesso caratterizzato da episodi ricorrenti e persistenti nel tempo, ed è, frequentemente, la manifestazione di un ambiente familiare fortemente psicopatologico e psicopatogenetico.

Incuriosita da tale tematica ho compreso che, nonostante le diverse evidenze e gli studi che dimostrano l'elevata percentuale di questo fenomeno, ancora oggi risulta molto difficile e complesso darne una definizione univoca e condivisa. Ciò che infatti ancora oggi appare difficile è chiaramente definire sia le complesse dinamiche presenti all'interno dei contesti patologici abusanti, sia le eterogenee ma sempre pericolose influenze che queste possono "giocare" sul percorso evolutivo dei minori coinvolti. A tal proposito, la letteratura clinica ha dedicato e continua a dedicare sempre più ampia attenzione alla comprensione del trauma come conseguenza dell'abuso sessuale e agli effetti che esso comporta sul corpo e sulla mente della vittima, prendendo sempre in maggior considerazione quando ciò accade in un contesto intrafamiliare. Inoltre, a partire dalle numerose ricerche scientifiche di settore che hanno evidenziato come, in un'ampia parte dei casi, l'abuso sessuale agito altro non sia che la ripetizione di episodi violenti subiti nella propria infanzia, assimilati e riprodotti inconsapevolmente, ulteriore curiosità di comprensione incomincia a rivolgersi all'approfondimento dei comportamenti abusanti che vengono a verificarsi non nella relazione adulto caregiver-minore ma bensì all'interno delle relazioni di fratria.

Alla luce delle riflessioni fin qui esposte, la scelta del tema di questo mio elaborato di tesi è stata principalmente dettata dal desiderio di comprendere la complessità di questo fenomeno, la sua struttura e le sue conseguenze nello stile di vita dei soggetti coinvolti. Nel tentativo di poter conoscere eventuali modalità d'intervento a sostegno non solo della vittima, ma dell'intero contesto patologico e patologizzante, e la possibilità – in un'ottica professionale futura – di poter mettere in atto interventi di prevenzione del fenomeno e di minimizzazione del rischio o di insorgenza di eventuali disturbi.

Al fine della miglior trattazione possibile nel primo capitolo ho ripercorso cronologicamente lo studio del fenomeno dell'abuso sessuale nel corso del tempo da parte dei diversi autori e del periodo storico di riferimento, con il tentativo di comprendere nello specifico il significato dell'abuso sessuale intrafamiliare e le sue diverse forme e tipologie. Nello specifico in questo elaborato sono prese in considerazione due forme particolari di abuso sessuale intrafamiliare: quello compiuto da parte dei caregivers nei confronti dei propri figli, e quello agito tra fratelli o sorelle, definito sulla base della letteratura esaminata come *sibling abuse*. Per questo, un impegno particolare è rivolto alla descrizione delle caratteristiche dei comportamenti e del funzionamento sia degli abusanti adulti che degli abusanti bambini. Un ultimo spazio è dedicato anche all'aspetto legislativo, alla definizione giuridica di abuso sessuale e alle diverse sanzioni previste dal Codice penale italiano che considera la violenza sessuale come grave reato contro la persona.

Nel secondo capitolo viene invece posta una particolare attenzione al bambino vittima di abuso sessuale attraverso una descrizione approfondita del trauma e della dissociazione traumatica, e un'analisi dal punto di vista più biologico/organico delle conseguenze che avvengono nel corpo e nella mente successivamente ad un episodio traumatico di abuso sessuale intrafamiliare ripetuto nel tempo.

Nel terzo ed ultimo capitolo l'interesse si è rivolto all'analisi del caso clinico di L, una bambina nata nel 2010 in un piccolo comune nella periferia di Torino in un contesto familiare abusante e trascurante. Quest'ultimo capitolo rappresenta il nucleo dell'elaborato, in quanto, attraverso l'analisi delle risposte di L alla somministrazione di due test (Blacky Picture Test e TSCC) all'interno della Comunità, è possibile effettuare delle riflessioni sulla base degli argomenti trattati e analizzati nei due capitoli precedenti.

CAPITOLO 1:

L'ABUSO SESSUALE INTRAFAMILIARE E LE CARATTERISTICHE DELL'ABUSANTE

1.1 Riferimenti storici riguardo l'abuso e il maltrattamento sui minori

Il fenomeno dell'abuso all'infanzia, per quanto ancora oggi oggetto di studio, è presente da molto tempo nella storia, ma a seconda del diverso periodo storico ha assunto un'attenzione e importanza diversa. Andando indietro nel tempo, in luoghi come la Grecia o la Cina, si può considerare come, ad esempio, i sacrifici dei bambini fossero molto comuni: chi veniva sacrificato per essere dato in dono agli dèi o chi, invece, perché nato con qualche deformazione. Nell'antica Roma era invece presente il cosiddetto diritto del "*pater familias*": concetto che fa riferimento alla figura del "*padre di famiglia*" che aveva le facoltà di esercitare poteri decisionali sui propri figli, evidenziandone l'aspetto di "*proprietà*". Il padre aveva il diritto di praticare un trattamento severo, e la violenza fisica era considerata un mezzo necessario per una buona educazione (Montecchi, 1994).

In tempi successivi, si può fare riferimento al periodo del Medioevo durante il quale le punizioni del corpo sui "*fanciulli*" erano molto frequenti. Non c'era un'attenzione particolare alla figura del bambino e tanto meno alla sua crescita e all'importanza di una buona relazione con le figure di attaccamento come fondamento su cui costruire una propria identità. Sulla base di ciò è possibile parlare anche di come, nel XVII secolo, era uso comune il fenomeno del "*baliatico*": all'interno delle famiglie più ricche la crescita e la cura del neonato veniva affidata principalmente alle balie, solitamente di un ceto sociale molto basso, e questo era causa di forti carenze e di totale abbandono da parte delle figure genitoriali, motivo di morti precoci dei bambini rispetto a quelli allevati dalle famiglie d'origine.

Intorno al XIX secolo, in Europa, si è cominciato a porre maggiore attenzione alla situazione sociale del tempo tramite l'istituzione di orfanotrofi a disposizione dei bambini vagabondi e abbandonati, al punto tale da scaturire una certa sensibilizzazione comune.

Solo nel 1959 è stata proclamata all'Assemblea generale dell'ONU la "*carta del fanciullo*" nella quale si evidenziava la necessità di un'adeguata cura nei confronti del bambino e della madre, la protezione del bambino e l'accesso all'istruzione e al gioco (Montecchi, 1994).

Nel tempo si è compreso come, spesso, il luogo principale di amore, fiducia, sicurezza, affetto e cura, cioè la famiglia, possa diventare un luogo di violenza, odio, rabbia, trascuratezza e abbandono con conseguenze negative nello sviluppo degli individui (Giordano, 2016).

Van der Kolk (2015) sottolinea come diversi studi condotti sul tema dei traumi infantili ricorrenti, come l'abuso infantile e la trascuratezza, hanno dimostrato che a seguito di tali esperienze i bambini possono sviluppare diverse problematiche nella regolazione emotiva, nel controllo degli impulsi, nelle relazioni interpersonali, ma anche problemi di dissociazione, di schemi relazionali e di sé (Van der Kolk, 2015).

1.1.1 Lo studio del fenomeno dell'abuso sessuale: dal passato alla contemporaneità

Ancora oggi risulta molto complesso cercare di dare una definizione univoca e condivisa di abuso sessuale sui minori utilizzata dai diversi operatori sociali (Giordano, 2016).

Uno tra i primi autori ad aver trattato e approfondito il fenomeno dell'abuso sessuale è stato Freud, il quale comprese che alcuni dei racconti riportati dai suoi pazienti nevrotici erano il frutto di un trauma represso derivante da episodi di molestie e abusi avvenuti nella loro infanzia. Tali supposizioni lo spinsero a sviluppare *“La teoria della seduzione”* (1985) alla base dei fenomeni della nevrosi; presto sostituita dall'idea che le descrizioni degli abusi sessuali subiti dai pazienti fossero semplici fantasie incestuose di violenza e seduzione spesso prodotte dal bambino stesso che lo portarono alla formulazione della *“teoria edipica”*¹ (Fergusson & Mullen, 2004).

Attraverso quest'ultima, Freud prese in analisi quelle che sono le pulsioni inconsce all'incesto, tramite il mito di Edipo. Esaminò, dunque, queste spinte all'incesto che nel bambino seguono una fase evolutiva normale della sessualità, ma che, in alcuni casi, possono diventare patologiche nel momento in cui il bambino rimane fissato nella fase edipica durante il suo sviluppo. Un limite della teoria freudiana rimane, però, quello di aver posto maggior attenzione alle fantasie incestuose del bambino dirette al genitore del sesso opposto, evidenziando meno il fenomeno contrario: cioè quelle dei genitori nei confronti dei propri figli.

Si deve in seguito a Jung l'individuazione di quello che è il *«valore simbolico della tendenza incestuosa umana come tensione verso l'unione di parti simili, esaltazione della propria essenza, difesa e scoperta delle parti più profonde dell'individuo»* (Montecchi, 1994, pag. 143). Secondo la definizione di Jung *«le fantasie incestuose sono appartenenti all'inconscio collettivo e rappresentano l'unione dell'Io dell'individuo con un significato archetipico rappresentato dall'immagine di un genitore, di un fratello o una sorella»* (Montecchi, 1994, pag. 143). Nel momento in cui queste fantasie rompono il confine tra conscio e inconscio, e la coscienza viene

¹ Il significato fa riferimento al desiderio e all'attrazione che il bambino sperimenta per il genitore del sesso opposto, associati al rifiuto e all'ostilità nei confronti del genitore dello stesso sesso, con il quale inizia a competere. Si tratta di un processo inconscio, ma soprattutto sano che comincia intorno ai due anni e generalmente viene superato intorno ai sette.

invasa da tali contenuti, l'individuo non sarà più in grado di distinguere tra fantasia e realtà e si identificherà con tali contenuti agendo come se fossero reali (Montecchi, 1994).

Durante la prima metà del XX secolo l'interesse nei confronti degli abusi sessuali è stato trascurato particolarmente, in quanto, gli abusi sessuali sui bambini erano considerati semplici fantasie o comportamenti non particolarmente nocivi per i bambini. Solo intorno agli anni Sessanta si è cominciato a dare particolare importanza a tale fenomeno per via della scoperta di Kempe (1962) e dei suoi collaboratori della "*Sindrome del bambino maltrattato*"² che comportò un incremento nella ricerca.

Tra gli anni del 1970 e del 1980 lo studio si basò principalmente sui racconti delle donne adulte che cominciarono a raccontare esperienze di abuso sessuale vissuto in prima persona.

Questo andava di pari passo con alcuni degli argomenti portati avanti dal movimento femminista che concentrava maggiormente l'attenzione sul tema dell'incesto padre-figlia e non su un significato di abuso sessuale più vasto e generico.

La ricerca si è poi sviluppata e ha preso una direzione specifica a seconda dei vari contesti in cui sono state rilevate situazioni di abuso fisico e sessuale nei bambini. Questo ha permesso un'identificazione del fenomeno, un suo sviluppo e una sua possibile direzione di intervento (Fergusson & Mullen, 2004).

Per via dei diversi racconti da parte di donne, ormai adulte, di abusi sessuali subiti nella propria infanzia, negli anni Settanta la gestione delle risorse creò un forte divario, in quanto vennero investite principalmente nel supporto delle donne adulte, ignorando così il sostegno e l'appoggio dei bambini vittime a loro volta.

Solo dagli inizi degli anni 80 l'interesse nei confronti del fenomeno dell'abuso sessuale sui bambini ha cominciato a progredire per via di due principali evidenze: lo sviluppo della definizione del concetto di abuso sessuale in modo sempre più dettagliato e preciso grazie alle evidenze emergenti, e la consapevolezza di tale fenomeno che ha portato ad una partecipazione più viva da parte dei professionisti e della scienza. Tutto ciò ha permesso di porre una maggiore attenzione alle possibili conseguenze dell'abuso sessuale nello sviluppo dei disturbi mentali. Però, l'incremento di tale interesse da parte dei professionisti non sempre ha condotto ad un riscontro oggettivo, e in alcuni casi sono stati commessi degli errori (Fergusson & Mullen, 2004). Questi suscitarono timori riguardo l'evidenza di tale fenomeno, in quanto, false accuse di abuso sessuale erano legate a prove non sufficienti e a opinioni differenti fra i diversi professionisti.

² Un quadro clinico che si presenta in bambini maltrattati, vittime di una grave aggressione fisica, generalmente da parte di membri della famiglia e che normalmente provoca conseguenze irreparabili e, nei casi più gravi, la morte.

È stato possibile però, attraverso i diversi studi, giungere a tre conclusioni generali in merito all'abuso sessuale sui bambini: come prima cosa la consapevolezza che l'esposizione a episodi di abusi sessuali precoci risulti essere un fenomeno molto più frequente di quanto era comune pensare. In secondo luogo, la considerazione di come determinati contesti familiari e sociali rappresentino dei fattori di rischio rilevanti per alcuni bambini. E infine, l'aver compreso che l'esposizione ad abusi sessuali in minore età possa essere correlato a un aumento dell'insorgenza di problemi di salute mentale e di adattamento durante l'intero corso di vita dell'individuo. Aspetti che permisero di spostare l'attenzione sui concetti, oggi attuali, di terapia, sostegno e riparazione come strumenti necessari da dedicare a coloro che riportavano questi traumi.

In questi ultimi anni il concetto di abuso sessuale ha acquisito una maggiore rigidità e consapevolezza, nonostante sia un costrutto tutt'ora in via di definizione, e ancora oggi i confini di tale fenomeno sono oggetto di studio e di ricerca da parte di diverse figure professionali (Fergusson & Mullen, 2004).

1.2 Il concetto di abuso sessuale intrafamiliare

Nel corso del tempo sono state fornite diverse definizioni relative al concetto di abuso sessuale e maltrattamento infantile dai diversi autori. Ma una delle più utilizzate e appropriate è stata formulata da Kempe nel 1978 secondo cui l'abuso sessuale sui minori è «*un comportamento che coinvolge bambini non autonomi e non ancora sviluppati e adolescenti in attività sessuali che essi non comprendono ancora completamente, per le quali non sono in grado di dare risposte adeguate o che violano i tabù sociali dei ruoli familiari*» (De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio, D'Elisiis, Lepri, 2001, pag. 4). Tale definizione permette di porre un'attenzione particolare all'aspetto cognitivo del bambino, in quanto non sembrerebbe ancora in grado di comprendere e riconoscere l'atto a cui viene sottoposto; ma fa anche riferimento a episodi di pedofilia, di incesto, di stupro e di sfruttamento sessuale: situazioni accomunate dalla caratteristica di agire in modo evidente sulla vita psicologica degli individui con effetti sui processi di sviluppo della personalità e la maturazione della sessualità (Giordano, 2016). Un'altra definizione è stata data dai Mrazek (1991) che spiegano l'abuso sessuale come «*lo sfruttamento di un bambino da parte di un adulto per la propria gratificazione sessuale, senza un'adeguata valutazione dello sviluppo psicosessuale del bambino*» (De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio D'Elisiis, Lepri, 2001, pag. 4) che permette di sottolineare l'unidirezionalità dell'atto e l'incompetenza fisica del corpo del soggetto minorenne.

Dall'analisi della letteratura (Scardaccione, 1992) emerge come il reato di violenza sessuale sia commesso prevalentemente dai membri della famiglia (39,7%) e rientri all'interno della categoria giuridica definita: abusi sessuali intrafamiliari. Terragni (1997) descrive questo fenomeno come *«una violenza ripetuta a lungo nel tempo, che non necessita di mezzi di costrizione per realizzarsi: i rapporti di potere e di dipendenza che caratterizzano le relazioni familiari fanno sì che non sia necessario l'uso della forza fisica. La violenza è grave tanto più se si pensa che le vittime di questa sono bambini o adolescenti»* (De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio D'Elisiis, Lepri, 2001, pag. 6). Successivamente, nel 1999, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha dato una propria definizione riguardo al tema e sottolinea che per maltrattamento all'infanzia si intendono *«tutte le forme di maltrattamento fisico / psicologico, abuso sessuale, trascuratezza o trattamento trascurante o sfruttamento commerciale o di altro tipo, che ha come conseguenze un danno reale o potenziale alla salute del bambino, la sua sopravvivenza, sviluppo o dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere»* (OMS, 2002).

1.2.1 Le diverse forme dell'abuso sessuale intrafamiliare

È possibile distinguere l'abuso sessuale in (Roccia, Foti, 1994): **abuso sessuale intrafamiliare ed intradomestico** (quando l'abuso è commesso da un caregiver o da un parente convivente con il minore); **abuso sessuale intrafamiliare ed extradomestico** (quando l'abuso è commesso da un parente non convivente o un amico di famiglia); **abuso sessuale extrafamiliare** (quando l'abuso è commesso da un soggetto estraneo alla famiglia); **istituzionale** (abuso effettuato da individui ai quali il bambino viene affidato per cura, educazione all'interno di diverse istituzioni); **di strada** (abuso attuato da parte di persone sconosciute); **ai fini di lucro** (commesso da singoli o da gruppi organizzati per produzione di materiale pornografico, sfruttamento della prostituzione ecc...) ed infine, **da parte di gruppi organizzati** (sette, gruppi di pedofili esterni al gruppo familiare) (Giordano, 2016).

Gli abusi sessuali intrafamiliari si possono distinguere in tre sottogruppi:

1. gli abusi sessuali manifesti
2. gli abusi sessuali mascherati
3. gli pseudo-abusi.

Per quanto riguarda il **primo gruppo**, si fa principalmente riferimento agli abusi sessuali compiuti tra padri e figli maschi, tra madri e figli maschi o tra fratelli e sorelle. Questi tipi di violenze sono le più eclatanti, ma è difficile riconoscerle in quanto avvengono all'interno del nucleo familiare del bambino (Giordano, 2016).

Per **abusi sessuali mascherati** si intendono, invece «*pratiche genitali inconsuete, quali frequenti lavaggi dei genitali, ispezioni ripetute, applicazioni di creme e preparati medicinali, adozione di interventi medici per apparenti problemi urinaria e genitali da queste pratiche inconsuete derivano alterazioni ormonali e comportamentali, modificazioni anatomiche e infezioni genito-urinarie, importanti disturbi della coscienza corporea*» (Montecchi, 1994, pag. 145). Anche l'abuso sessuale "assistito" rientra in questa categoria: cioè quando il bambino o la bambina è presente durante un abuso che un genitore agisce su un fratello o su una sorella o assiste alle attività sessuali dei genitori (Giordano, 2016).

La terza categoria fa parte degli **pseudo-abusi**: abusi che sono stati dichiarati quando nella realtà non sono stati "concretamente consumati". A questo gruppo appartengono, ad esempio:

- Convinzioni distorte da parte dei genitori che il figlio/figlia sia stata abusata, sulla base di proiezioni derivanti da eventi di abuso subite nella propria infanzia;
- Accuse all'ipotetico autore del reato con il fine di aggredirlo e perseguirlo giudizialmente: comuni e frequenti episodi da parte di nonne o madri nel corso della separazione nei confronti del padre;
- Dichiarazione da parte della vittima di aver vissuto esperienze di abuso, anche se non vere, per far fronte ad una situazione familiare fortemente critica e di disagio. Nonostante l'abuso non sia stato effettivamente commesso, spesso queste dichiarazioni avvengono all'interno di un ambiente caratterizzato da forte disagio e, di conseguenza, deve essere aiutato;
- L'abuso sessuale assistito: situazione in cui un bambino/a viene fatto assistere all'abuso di un genitore su un altro figlio o ad attività sessuali fra i genitori (Giordano, 2016).

Episodi di violenza e abuso all'interno della famiglia possono causare diverse conseguenze nocive per le vittime di abuso sessuale, quali gravi danni fisici e disturbi psicologici a lungo e a breve termine (Giordano, 2016). L'abuso sessuale può compromettere le tappe dello sviluppo dei bambini con una forte ripercussione sulla regolazione affettiva, lo sviluppo dell'autostima, le relazioni con i coetanei, sentimenti di paure, ansie ma anche tossicodipendenza o alcolismo. Il problema delle conseguenze psicologiche sui singoli soggetti non ha, però, un'evoluzione univoca, bensì dipende in particolar modo dalla situazione psicologica individuale, dall'ambiente familiare e dal contesto sociale all'interno del quale i soggetti sono inseriti (Giordano, 2016).

1.3 Caratteristiche dell'abusante adulto: la violenza sessuale intrafamiliare

Il sistema familiare è un luogo legato dalle interazioni fra i suoi membri. Ogni membro ricopre un ruolo e la famiglia è composta da norme, valori, volontà e tradizioni. Solitamente i nuclei familiari con confini ampi e flessibili sono considerati i più “*sani*” all’interno del quale la struttura di potere è di tipo gerarchico; a differenza delle famiglie disfunzionali caratterizzate da una maggiore chiusura, prive di connessioni, o se presenti, molto rigide e sprovviste di una struttura di potere precisa. La famiglia ricopre, infatti, la funzione di sistema sociale primario che socializza e educa i propri figli a quelle che sono le norme sociali e familiari che di solito si acquisiscono a partire dai primi anni di vita e diventano un modello da seguire nell’arco del tempo (Petruccelli, 2002). I motivi alla base di situazioni disfunzionali possono essere molti, come: matrimoni infelici, relazioni sessuali – e non – insoddisfacenti, problemi economici e/o lavorativi, ma non solo, si possono riscontrare anche sentimenti di dipendenza fortemente negativi, scarse capacità di empatizzare con gli altri membri del nucleo familiare e una costante disattenzione per i bisogni altrui (Petruccelli, 2002).

In casi come questi, è possibile che i soggetti si trovino a sacrificare la propria identità e il proprio essere per favorire la sopravvivenza dell’intero nucleo. La famiglia abusante è infatti composta da «*un’atmosfera di segreto che coinvolge tutti i membri, con collusioni, alleanze, negazioni, assenza di legami, paura e colpa*» (Petruccelli, 2002, pag. 22). Solitamente, anche i soggetti che non sono a conoscenza dell’abuso all’interno della famiglia possono averne sospetto a livello inconscio ed essere vittime di tali dinamiche. Dunque, l’intero nucleo familiare viene considerato vittima dell’abuso in un’ottica sistemica (Petruccelli, 2002). In base alle ricerche effettuate dalla letteratura, la famiglia incestuosa può essere infatti definita come un “*blocco monolitico*” che si ritiene autosufficiente, all’interno del quale non esistono ruoli definiti, e le relazioni tra i membri del nucleo sono caratterizzati dalla “*promiscuità e autarchia*” (Giordano, 2016).

In generale, è possibile parlare di un duplice livello rispetto alle diverse dinamiche che contribuiscono allo sviluppo del comportamento abusante: la struttura familiare e i ruoli e, come secondo livello, le norme all'interno delle famiglie. A tal proposito, la violenza intrafamiliare può essere interpretata come un’inefficiente modalità comunicativa definita all'interno di un nucleo dove ciascun membro si trova a “*vestire*” un ruolo che incentiva l’instaurarsi di modalità relazionali che favoriscono comportamenti aggressivi (De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio D'Elisiis, Lepri, 2001).

1.3.1 Il concetto del tempo nell'abuso sessuale intrafamiliare e le diverse fasi

Una delle caratteristiche che contraddistingue e caratterizza l'abuso intrafamiliare, a differenza di quello compiuto da estranei, è la durata del periodo: solitamente il primo si sviluppa nel corso di un tempo molto lungo, che segue diversi momenti prima di arrivare all'abuso sessuale effettivo. In genere la vittima è intrappolata in un intreccio di silenzi e segreti per via del suo stretto rapporto con l'abusante che la bloccano in questo circolo rendendole difficile comunicare a qualcuno l'abuso subito (De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio D'Elisiis, Lepri, 2001). Solitamente, l'abusante costringe la vittima al silenzio con l'imbroglio o attraverso il “*discorso del gioco*”: un gioco tra il bambino e l'abusante che deve rimanere nascosto. Il bambino viene ricattato e minacciato, ed è per questo che in alcuni casi mette in atto dei meccanismi di difesa che lo possono portare all'*adattamento all'abuso* (Giordano, 2016).

Sgroi, Blick e Porter nel 1982 hanno individuato diverse fasi comuni riscontrabili nei casi di abuso sessuale intrafamiliare:

- A) “*La fase dell'adescamento*” che si caratterizza nella ricerca da parte dell'autore dell'abuso di una relazione intima con il bambino/a senza attirare l'attenzione degli altri membri della famiglia e creando delle situazioni che lo facilitino nei suoi piani;
- B) “*Fase dell'interazione sessuale escalation del comportamento sessuale*” caratterizzata da fasi in cui l'abusante passa a forme di violenza sempre più intrusive (esempio: discorsi pornografici, contatto fisico fino alla penetrazione o inducendo il bambino a compiere atti sessuali sui fratelli);
- C) “*Fase del segreto*” all'interno del quale l'abusante obbliga la sua vittima a tacere;
- E) “*Fase dello svelamento dell'abuso*” che può avvenire o grazie al contributo della vittima che rivela la sua situazione o inaspettatamente;
- F) “*Fase della rimozione*” dove all'interno del nucleo familiare c'è il tentativo, da parte di alcuni o di tutti i membri, di negare o minimizzare la presa di consapevolezza di tale avvenimento per ristabilire un equilibrio. In alcuni casi possono essere fatte pressioni sulla vittima affinché non sveli tale situazione (Giordano, 2016).

1.3.2 Il female sex offender e la ripetizione dei comportamenti abusanti

In passato, è stata diffusa l'idea che l'abuso sessuale infantile coinvolgesse principalmente figure adulte di sesso maschile, gli abusanti, nei confronti di soggetti femminili di età inferiore, le vittime. Questa concezione risulterebbe ormai altamente limitante, in quanto sono presenti innumerevoli studi che evidenziano forme di abuso differenti messe in atto da soggetti di sesso femminile o bambini. A tal proposito è possibile parlare del “*female sex offender*”: termine che la letteratura utilizza per indicare il fenomeno delle donne abusanti. Secondo due autori, Finkelhor

e Williams (1988), le donne abusanti hanno alcune caratteristiche che le contraddistinguono dagli uomini, tra cui: l'essere maggiormente integrate socialmente, un grado di educazione più elevato e la presenza di minor disturbi psicopatologici – motivo per cui vengono riconosciute meno. Alcuni autori hanno evidenziato una condotta comune nel passato delle diverse *female sex offender*: un abuso sessuale infantile che ha portato all'inibizione di uno sviluppo sessuale corrispondente che le ha rese non in grado di stabilire relazioni sessuali con soggetti coetanei (Briere & Elliott, 1993; Saradjian, 1996).

Infatti, una delle ipotesi alla base del comportamento pedofilo è quella della ripetizione di comportamenti subiti durante l'infanzia: ragione per cui molto spesso il bambino vittima di abuso sembrerebbe riprodurre questo schema su altri bambini una volta diventato adulto.

Attraverso la trasmissione generazionale di modelli sviluppati all'interno del sistema familiare c'è la tendenza nel ripeterli e mantenerli nel tempo anche nei confronti dell'ambiente circostante (De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio D'Elisiis, Lepri, 2001, pag. 15). Si parla per l'appunto del cosiddetto *ciclo ripetitivo dell'abuso* (Giordano, 2016). Uno tra i primi autori ad essersi occupato di ciò è stato Bowlby nel corso dei suoi studi dedicati alla *Teoria dell'attaccamento*³.

L'autore (1988) sostiene a proposito dello sguardo generazionale al maltrattamento *«che i genitori trascuranti, maltrattanti o abusanti, sono stati spesso a loro volta esposti a tali esperienze che interiorizzate vengono riprodotte nella generazione successiva; questo fenomeno è descritto in letteratura con il termine di ciclo ripetitivo dell'abuso. Da questi vissuti ne scaturisce un'insicurezza di fondo nelle relazioni affettive, che vengono vissute con timore di perdita, di abbandono, di separazione»* (www.stateofmind.it/2018/12/, pag. 2). Solo in alcuni casi l'abuso si manifesta come una modalità nuova e ignota, ma sovente l'abuso è una forma già chiara e consolidata nella storia del sistema familiare tale per cui è possibile che i genitori stessi siano stati vittime di abuso a loro volta.

Tuttavia, sulla base di tali considerazioni è importante non vedere questo in un'ottica deterministica ma tenere presente che può esistere un rapporto di forte probabilità tra il maltrattamento attuato dai genitori e il danno psichico del figlio, ma non di assoluta certezza. Questo perché ogni soggetto a seconda delle sue esperienze può disporre sia di elementi protettivi che di fattori di rischio e avere una certa vulnerabilità di fronte a determinati eventi (Di Blasio, 2000).

³ La teoria dell'attaccamento propone un nuovo modello psicopatologico in grado di dare indicazioni generali su come la personalità di un individuo cominci ad organizzarsi fin dai primi anni di vita.

Sulla base di ciò, alcune delle motivazioni che potrebbero indurre a compiere e a riprodurre comportamenti di questo tipo possono essere: il bisogno di ripetere eventi non totalmente compresi e subiti nel passato, l'aver interiorizzato la figura dell'aggressore e cercare motivazioni per giustificarlo, una disorganizzazione causata dal trauma precoce e lo scarso controllo dell'angoscia, azioni di autocolpevolizzazione per l'abuso subito, la messa in atto di meccanismi di scissione che considerano l'adulto abusante come buono al fine di introiettare parti negative di sé e infine, il desiderio di vendetta per il dolore provato (*De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio D'Elisiis, Lepri, 2001*).

1.3.3 La trascuratezza genitoriale e il child neglect

Sono stati condotti diversi studi che hanno esaminato il clima affettivo delle famiglie maltrattanti, evidenziando come i genitori solitamente esprimono più emozioni negative rispetto a quelle positive (Herrenkohl, Herrenkohl, Egolf e Wu, 1991; Kavanaugh, Youngblade, Reid e Fagot, 1988; Lyons-Ruth et al., 1987) all'interno di relazioni molto aggressive sia sul piano fisico che verbale (Bousha e Twentyman, 1984; Crittenden, 1981).

Le madri assenti e non accudenti investono poche aspettative nei confronti dei propri figli, non mostrano una responsività ai loro segnali e non riescono a contenere il “*distress emozionale*” (Crittenden, 1988). Infatti, l'atteggiamento familiare trascurante è spesso associato a fattori di stress familiare ed è caratterizzato da elevate carenze di modalità adeguate di accudimento (Connell-Carrick e Scannapieco, 2006; Crittenden, 1981). Condizioni di stress quali, ad esempio: un'elevata conflittualità familiare, affetti negativi e violenza domestica (Connell-Carrick e Scannapieco, 2006; Gaudin, Polansky, Kilpatrick e Shilton, 1996) (www.infanziaeadolescenza.it/).

La trascuratezza si riferisce a un'insufficiente attenzione e mancanza di relazioni protettive adeguate all'età e alle esigenze di un bambino. Durante il processo evolutivo, i bambini piccoli sono influenzati da coloro che li stimolano e rispondono ai loro bisogni. Pertanto, le interazioni reciproche e dinamiche tra i caregivers e il bambino sono fondamentali per uno sviluppo sano.

Quando le cure sono persistentemente assenti o gravemente carenti possono causare alterazioni nello sviluppo neuronale dei bambini (www.ricercaepratica.it/archivio/).

«Il ritiro materno è caratterizzato da comportamenti interattivi silenziosi, incapacità di accogliere le iniziative del bambino e uso eccessivo di oggetti per calmarlo – crea un sentimento affettivamente morto ed emotivamente distante nell'interazione, che trasmette al bambino la riluttanza del genitore a partecipare a una relazione basata sulla vicinanza fisica e sul coinvolgimento emozionale» (www.infanziaeadolescenza.it, pag. 9). Questo concetto che

sottolinea la presenza di una madre distante e non emotivamente disponibile rimanda al concetto psicoanalitico della “*madre morta*”, descritto da André Green (1983) (www.infanziaeadolescenza.it/). Questo tipo di esperienze risulta essere predittivo delle future manifestazioni del disturbo di personalità antisociale, indipendentemente dal tipo di abuso subito dal bambino (Shi et al., 2012).

Solitamente, le figure genitoriali all'interno di una famiglia incestuosa tendono ad essere complementari: «*ad un padre-padrone corrisponde una madre assente, ad un padre endogamico una madre anaffettiva*» (Giordano, 2016, pag. 66). Nel primo caso, il *padre-padrone* ritiene che i rapporti familiari siano di puro dominio, di conseguenza considera “*lecita*” la punizione nei confronti di un figlio attraverso l'abuso sessuale. Questo ruolo sembrerebbe essere associato alla presenza di una madre assente e sottomessa o spesso anch'essa abusata dal marito (Giordano, 2016). Ma a questa immagine è possibile contrapporre una opposta, che emerge dalla letteratura: cioè la presenza di un padre debole, timido e dipendente, che rispecchia la figura del *padre endogamico*, a cui viene spesso associata una madre affettivamente distante e poco disponibile e attenta ai bisogni degli altri (Giordano, 2016). Si può quindi sostenere, sulla base di queste evidenze, come il fenomeno dell'abuso intrafamiliare possa essere analizzato come indice di un forte disagio che coinvolge tutti i membri del nucleo familiare (De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio D'Elisiis, Lepri, 2001).

1.4 Il sibling abuse: il fenomeno dell'abuso sessuale fra fratelli/sorelle

Fino a qui si è parlato principalmente dell'abuso sessuale compiuto da parte di figure adulte, come i caregivers, nei confronti dei propri figli, ma in realtà, più diffuso e altrettanto dannoso risulta essere il *sibling abuse*: inteso, sulla base della letteratura esaminata (Caffaro, 2020), come l'abuso sessuale fra fratelli o sorelle. Questo fenomeno può portare con sé diverse conseguenze nell'intero ciclo di vita dell'individuo sia sul piano fisico che mentale, e può essere considerate “*equamente*” deleterio al pari di altre forme di abuso. Tale evento, seppur molto esteso, è stato preso poco in considerazione da parte dei ricercatori e studiosi poiché fino al XVII secolo il bambino era visto secondo una prospettiva prettamente adultocentrica, motivo per cui la ricerca ha prodotto scarsi risultati a riguardo. Dopo gli anni 80 però, alcuni scienziati hanno cominciato a porre maggior attenzione e a condurre diversi studi sulle caratteristiche delle relazioni fra fratelli nell'arco della vita e degli abusi sui fratelli (Caffaro e Conn-Caffaro 1998), incluse le relazioni in presenza di fratelli e sorelle omosessuali, bisessuali, transgender e disabili. Infatti, circa trent'anni fa si sono intensificati gli studi sistematici della relazione fra fratelli, attraverso i quali si è capita

l'importanza di questo fenomeno nello sviluppo socio-cognitivo ed emotivo dei bambini, oltre che nello sviluppo della loro identità e attaccamento (Caffaro, 2020).

Attraverso uno studio condotto dal ricercatore Dunn nel 2007, riguardo la relazione presente tra i fratelli e le sorelle di un campione, si è inoltre compreso quanto i rapporti con i propri pari siano maggiormente influenzati dal legame con i fratelli rispetto a quello con i genitori. È emerso come tale evento sia stato accentuato dalla diversa struttura familiare che è venuta a caratterizzarsi, dove entrambi i genitori lavorano e sono assenti da casa per molto tempo, cosa che costringe i fratelli ad appoggiarsi maggiormente l'uno sull'altro rispetto al passato. Infatti, i bambini al giorno d'oggi crescono maggiormente con i fratelli piuttosto che con i genitori.

L'abuso fra fratelli porta con sé un enorme difficoltà in quanto spesso viene scambiato come una "normale" fase della crescita, sia da parte dei genitori che dai ricercatori, e per questo è molto difficile da riconoscere. Attualmente, la limitata letteratura a riguardo, sembrerebbe suggerire che la forma più comune di violenza familiare sia proprio l'abuso tra fratelli (Morrill et al. 2018; Straus 2001) a differenza di quella tra padre-figlia; anche se la rivalità fra fratelli non è considerata un requisito sufficiente per poter parlare di abuso (Caffaro, J., 2020).

Come specificato in precedenza la famiglia è un sistema fortemente interdipendente in quanto le azioni di ciascun membro influiscono sugli altri componenti. All'interno di un nucleo familiare dannoso è possibile che i genitori attribuiscono importanze diverse ai figli, favorendone uno a discapito di un altro, e attribuendo a un figlio il ruolo di capro espiatorio. In situazioni come queste, è possibile che queste modalità familiari vengano interiorizzate dai figli, o inoltre, che l'abuso fisico condotto da un fratello rappresenti una forma di comportamento attraverso cui il bambino affronta lo squilibrio di potere all'interno della famiglia. Alcuni dei fattori decisivi nell'ambito dell'abuso fra fratelli possono essere la frequenza e la durata del comportamento. La supervisione da parte dei genitori svolge un ruolo importante nel cercare di prevenire conflitti e rivalità tra fratelli che possono degenerare in comportamenti pericolosi. In una serie di circostanze abbastanza comuni, infatti, un comportamento di controllo e di potere da parte di fratelli maggiori nei confronti di fratelli più piccoli può portare ad eventi di abusi sessuali (Caffaro 2014; Carlson et al. 2006).

1.4.1 La distinzione fra il sibling abuse o la curiosità sessuale dei bambini

Per quanto riguarda il *sibling abuse* è importante cercare di delineare come due entità separate e distinte l'abuso sessuale da una semplice esplorazione e curiosità sessuale di reciproco consenso (Caffaro, 2020). Tutti i bambini esplorano in qualche misura il proprio corpo e, a volte, è possibile

che la curiosità li spinga a cimentarsi nell'esplorazione visiva, o addirittura manuale, del corpo di un fratello. Infatti, una delle principali sfide e compiti durante la raccolta di dati attendibili sulla prevalenza dell'abuso sessuale tra fratelli è stata l'assenza di criteri e valori universalmente accettabili che potessero aiutare a distinguere un comportamento abusante – quindi il contatto sessuale abusivo e non consensuale – dal normale comportamento sessuale esplorativo. Nella maggior parte dei casi un comportamento sessuale abusante tra fratelli viene preso in carico quando sono presenti delle differenze di età rilevanti tra i bambini (indipendentemente dalla forma di attività sessuale) e/o quando le pratiche messe in atto superano la soglia della semplice esplorazione e includono il contatto orale-genitale o il rapporto sessuale. Inoltre, più i bambini sono vicini d'età, più questo è probabile che non venga considerato come una problematica da indagare (Caffaro e Conn-Caffaro, 2005). Un altro criterio per provare a distinguere la curiosità naturale dal vero e proprio abuso sessuale tra fratelli sembra essere la presenza di coercizione, spesso messa in atto da parte di fratelli o sorelle più grandi o più potenti (Caffaro, 2020).

Dai dati presente in letteratura l'età media individuata per i bambini vittime di abuso e all'incirca di nove anni (Laviola 1992), mentre per gli autori di abuso intorno ai quindici anni. Fattori come: la forza, le dimensioni fisiche, l'età e lo sviluppo, le differenze di genere e l'intelligenza possono creare delle condizioni di potere, controllo e coercizione tra fratelli e sorelle, anche coetanei. I genitori molto spesso non sono in grado di riconoscere la gravità della situazione e possono considerare e “*scambiare*” l'abuso sessuale tra fratelli come una normale curiosità dei bambini di esplorazione infantile, piuttosto che come la presenza di elementi drammatici di coercizione e potere, che possono così sottovalutare l'intervento professionale da parte di figure professioniste (Caffaro, 2020). È possibile che, in alcuni casi, determinati comportamenti vengano messi volontariamente in atto da parte di entrambi i fratelli per soddisfare alcuni bisogni (come affetto e affiliazione) e compensare alcune lacune. Però, solitamente, il contatto sessuale non si limita a una attività temporanea e di passaggio definita da un momento principale dello sviluppo, ma permane nel tempo e si distingue da una semplice curiosità

«L'abuso sessuale tra fratelli consiste in atti sessuali compiuti da un fratello nei confronti di un altro fratello, senza il consenso dell'altro, attraverso l'uso della forza o della coercizione, o quando c'è una differenza di potere tra i fratelli. Può coinvolgere bambini di età simile o diversa; l'aggressione, la coercizione o la forza; il danno o il potenziale danno; se si verificano frequentemente o raramente, e può includere comportamenti sessuali minori o avanzati. Sono compresi comportamenti sessuali per i quali il bambino danneggiato non è preparato dal punto di vista dello sviluppo, non sono transitori e non riflettono una curiosità appropriata all'età. Può

o non può coinvolgere l'atto del toccarsi fisico, la coercizione o la forza. L'abuso sessuale tra fratelli senza contatto può includere un comportamento volto a stimolare sessualmente il fratello danneggiato o il perpetrante. Può includere dei riferimenti sessuali indesiderati nelle conversazioni, esposizioni indecenti, costrizione di un fratello a osservare il comportamento sessuale di altri, scattare foto pornografiche o costringere un fratello a vedere materiale pornografico. Può anche includere un contatto sessuali tra fratelli percepiti come non abusivi da parte della vittima e dall'autore dell'offesa, che tuttavia abbiano questi criteri» (Caffaro, 2020, pag. 7).

Continua, quindi, ad esserci una forte confusione da parte dei professionisti e della comunità nel comprendere a che punto l'esplorazione fra fratelli o sorelle possa essere considerata abusante. In molti casi i bambini molto piccoli potrebbero intraprendere interazioni non appropriate senza comprendere alcuni comportamenti e i loro effetti dannosi sui fratelli e sulle sorelle.

1.4.2 La diffusione del fenomeno del sibling abuse

In uno studio condotto da Finkelhor, Turner Shattuck e Hamby, della *National Survey of Children's Exposure to Violence* (2013/2014), è emerso, sulla base dei dati presenti, un maggior tasso di prevalenza di abuso fisico da parte dei fratelli sui bambini rispetto che da parte di un genitore (21,8% contro 15,2%). Stroebel, nel 2013, afferma a tal proposito che l'abuso sessuale da parte di un fratello è tre volte maggiore dell'abuso compiuto da parte di un genitore.

Tre autori, tra cui Straus, Gelles e Steinmetz (1980) hanno osservato diversi anni fa come ci sia una prevalenza maschile di aggressività nei confronti dei fratelli e delle sorelle rispetto ai casi femminili (59% contro 46%), ma i dati non mostrerebbero un'evidenza empirica tale da sostenere lo stereotipo.

1.5 *Caratteristiche del giovane abusante e il ciclo ripetuto dell'abuso*

Nella letteratura degli abusi sessuali sui minori, nella maggior parte dei casi, viene evidenziata nella storia dei giovani la presenza di precedenti vittimizzazioni sessuali; anche se le percentuali variano considerevolmente tra i vari studi a causa di una gamma di fattori che includono le diverse definizioni dell'abuso sessuale, i metodi utilizzati e la natura dei diversi casi clinici (Hackett, 2014). Solitamente, infatti, i comportamenti sessuali dannosi dei bambini e dei giovani rappresentano elementi di una gamma di esperienze predisponenti che evidenziano aspetti di vulnerabilità e presentano problemi nelle loro vite. In molti casi, è possibile che i bambini siano allo stesso tempo abusanti e vittime di abuso (Hackett, 2014).

Infatti, alcuni tra i fattori di rischio individuali per i fratelli o le sorelle autori di reati possono includere: errori di pensiero alterato che falsificano o minimizzano il comportamento abusante,

gravi deficit di empatia e di controllo degli impulsi, immaturità emotiva, una storia di vittimizzazione da parte dei genitori o persone al di fuori del contesto familiare, abuso di alcol o di sostanze, reazioni dissociative di fronte ad eventi traumatici e la volontà di usare la coercizione e la forza per controllare la propria vittima.

<i>Sibling offenders</i>
Offender's thinking errors that distort or minimize abusive behavior
History of victimization by parent, older sibling, or persons outside the immediate family
Inadequate impulse control, empathic deficits, and emotional immaturity
Willingness to use coercion or force to control victim (sadistic, cruel behavior)
Drug or alcohol use
Dissociative reactions to trauma

(Caffaro, J. 2020. Pag, 11).

I bambini con comportamenti sessuali dannosi sembrerebbero presentare: deficit nelle competenze sociali, alti livelli di ansia sociale, mancanza di conoscenze sessuali, sentimenti di solitudine e bassa autostima. L'insieme di questi fattori sembrerebbero contribuire nello sviluppo di comportamenti dannosi con conseguenze nell'incapacità di instaurare relazioni intime adeguate e a tentativi di "interazioni sessuali abusive" con altri bambini (Hackett, 2014).

I fratelli, in alcuni casi, come reazione a una educazione rigida e inflessibile da parte dei genitori possono trovare un sostegno l'un l'altro a fini compensativi, e magari indirizzare ai fratelli o alle sorelle la rabbia destinata ai genitori (Caffaro, 2020).

1.5.1 Fattori familiari nello sviluppo di comportamenti sessuali dannosi

Sono stati condotti alcuni studi da parte di autori che hanno cercato di comprendere i diversi problemi presenti all'interno delle famiglie che hanno visto un bambino manifestare comportamenti sessuali problematici. A tal proposito, studi descrittivi delle famiglie possono risultare utili nella comprensione dei fattori familiari che potrebbero essere causa dello sviluppo di forme di sessualità abusive nei bambini più piccoli o nell'adolescenza. Il materiale esistente sembrerebbe però essere limitato in quanto sono state prese in analisi maggiormente le madri, rispetto ai padri per quanto riguarda l'abuso effettuato dai bambini (Hackett, 2014).

Pithers et al. (1998) attraverso uno studio affrontato con 72 caregivers di bambini con comportamenti sessuali problematici, tra i 6 e i 12 anni, hanno evidenziato come il 72% dei genitori biologici vivesse in uno stato di povertà avanzata, i bambini nel 70,2% delle famiglie biologiche avevano assistito a episodi di violenza tra i genitori, e, quasi due terzi (62%) delle famiglie estese sembravano avere almeno un componente aggiuntivo, al di fuori del bambino, con manifestazioni di comportamento sessualmente abusivo. Gli autori hanno concluso, infatti,

che queste famiglie sperimentavano difficoltà pratiche e stress genitoriale e si trovavano “*intrappolati*” in una serie di fattori negativi (Hackett, 2014).

Da alcuni studi (e di molti altri simili: per esempio, Richardson et al, 1995; Davis e Leitenberg, 1987; Awad et al, 1984; Becker et al, 1986; O'Callaghan e Print, 1994) emerge come comportamenti sessuali dannosi compiuti dai bambini deriverebbero da contesti familiari problematici con esperienze di avversità e svantaggi di vario tipo nella loro infanzia. Anche Creeden (2013) sottolinea come alcuni modelli e teorie, che cercano una spiegazione nello sviluppo di comportamenti sessuali dannosi messi in atto dai bambini, individuano come elemento di notevole importanza eventuali problemi relazionali precoci tra genitori e figli. Così come uno stile di attaccamento sicuro sembrerebbe evidenziare uno sviluppo corretto nella regolazione emotiva e dei propri comportamenti, a sua volta, uno stile di attaccamento insicuro può esser considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di tali comportamenti (Hackett, 2014).

1.5.2 *Parallelismo tra esperienze di vittimizzazione e comportamenti abusanti attuati*

In un'analisi empirica condotta da Veneziano et al (2000) in un campione composto da 74 adolescenti maschi abusanti con una storia di vittimizzazione sessuale, hanno riscontrato una forte correlazione tra le caratteristiche dell'abuso subito dai ragazzi e i loro successivi comportamenti sessualmente aggressivi. In particolare, è emerso come i giovani maschi al di sotto dei cinque anni che avevano subito abusi, avevano circa il doppio delle probabilità di scegliere vittime della loro stessa età (al di sotto dei cinque anni). Così anche come coloro che avevano subito un abuso da parte di un maschio, avevano il doppio delle probabilità di abusare a loro volta di maschi (Hackett, 2014).

Un altro legame evidenziato da tali studi riguardava uno stretto parallelismo tra le esperienze di vittimizzazione e le diverse modalità di comportamento messe in atto. Emerge, infatti, che giovani che avevano subito forme di abuso anale come vittime, avevano quindici volte più probabilità di abusare analmente le proprie vittime rispetto ad altri giovani che non avevano subito questo tipo di abuso. Inoltre, riguardo agli episodi di “*palpeggiamenti*” subiti nella propria esperienza di vita, sembra che ci sia una probabilità sette volte maggiore di ripetere e attuare tali comportamenti con le proprie vittime da parte dell'abusante. Pertanto, sia l'età che le modalità dell'abuso messe in atto sembrano essere simili a quelle subite (Hackett, 2014).

Dai precedenti studi presi in analisi è possibile concludere che, per alcuni giovani, è presente una tendenza nella ripetizione dei comportamenti rispetto alle esperienze di abuso sessuale subite. Hackett et al. (2013b) hanno evidenziato, a tal proposito, come i due terzi dei bambini presenti

all'interno del loro campione avevano subito almeno una forma di abuso o trauma, tra cui abuso fisico, emotivo, sessuale, violenza domestica, rifiuto dei genitori, grave trascuratezza, disgregazione e conflitto familiare, o abuso di droghe e alcol da parte dei genitori. Solo nel 34% dei casi (n-215) non erano stati evidenziati abusi o traumi nell'esperienza di vita dei bambini.

1.5.3 Le conseguenze del trauma e l'identificazione con l'aggressore

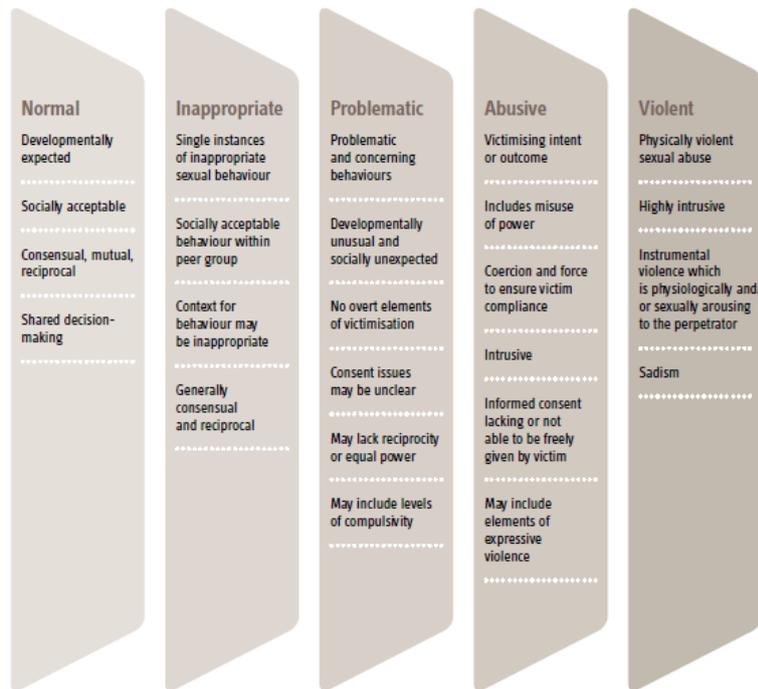
Creeden (2013) mette in evidenza le conseguenze che il trauma e le esposizioni a fattori stressanti possono avere sulla neurobiologia del bambino e problemi nello sviluppo, tra cui: difficoltà di attaccamento, deficit significativi nel funzionamento autoregolatorio e inibitorio dei comportamenti, scarse relazioni con i coetanei, problemi accademici e ritardi nello sviluppo. Per completezza l'autore (2013) sottolinea come, nonostante non tutti i bambini che manifestano comportamenti sessuali dannosi abbiano subito forme di abusi nel passato, quelli che manifestavano maggior livelli di preoccupazione e di rischio nella ripetizione di azioni dannose future erano giovani con esperienze di abusi, negligenza o violenza familiare (Hackett, 2014).

Il concetto di identificazione con l'aggressore permette di mettere in relazione le esperienze vissute nell'infanzia con le azioni che poi successivamente le stesse vittime mettono in atto nei confronti di un altro bambino. Il compimento di comportamenti abusanti su bambini da parte di altri soggetti che sono stati a loro volta abusati non indica solo una semplice coazione a ripetere e quindi una ripetizione attiva degli abusi subiti passivamente; infatti, *«l'abuso agito attivamente è una riedizione del trauma subito ma è anche una rievocazione delle esperienze affettive e relazionali con i propri genitori che il soggetto traumatizzato riproduce in modo inconsapevole»* (Di Gregorio, 2016, pag. 50). Per fare fronte a stati eccessivi di angoscia derivanti da un ambiente di vita inadeguato, il bambino è possibile che, in alcuni casi, si possa rifugiare in pratiche di autoerotismo consolatorio e in fantasie a carattere perverso, seguite da forme di eccitamento sessuale che possono fare da preludio a una strutturazione più compiuta di una perversione sessuale (De Masi, 1994; Schinaia, 2001).

1.5.4 Lo sviluppo della sessualità infantile: dalla normalità alla violenza

Un ultimo aspetto da considerare è che solitamente, le difficoltà nel definire i comportamenti sessuali dannosi dei bambini, sembrerebbero aggravate da una generale mancanza di conoscenza della sessualità infantile e di ciò che è considerato un normale sviluppo sessuale (Lovell, 2002). A tale proposito, Hackett nel 2010 ha individuato diversi comportamenti sessuali dei bambini che sembrerebbero collocarsi su un continuum che prende in analisi la normalità e l'adeguatezza dello sviluppo ma anche comportamenti sessuali problematici, violenti e abusivi.

Figure One:
A continuum of children and young people's sexual behaviours (Hackett, 2010)



(Hackett, S. 2014, pag. 18)

È necessario analizzare lo sviluppo del comportamento sessuale dei bambini tenendo conto del loro contesto evolutivo per due principali motivi: sia per valutare le diverse condizioni che riguardano i preadolescenti e gli adolescenti all'interno del sistema di giustizia penale, sia perché tali comportamenti possono avere motivazioni e significati evolutivi diversi in queste due fasi dello sviluppo.

Come sottolinea Ryan (2000) «alcuni comportamenti sono normali se si manifestano in età preadolescenziale, ma preoccupanti se continuano nell'adolescenza. Altri per contrasto, invece, sono considerati una parte normale dello sviluppo degli adolescenti, ma sarebbero molto insoliti nei bambini in età preadolescenziale e quindi giustificano il ricorso a un aiuto specialistico» (Hackett, 2014, pag. 18).

Tali distinzioni risultano, però, molto complesse in quanto la percezione della correttezza dei comportamenti sessuali dipende sia dai diversi contesti culturali sia dal significato che acquista nel tempo (Hackett, 2014).

1.6 La Psicologia Giuridica nell'ambito degli abusi sessuali sui minori

Lo studio e lo sviluppo del fenomeno dell'abuso sessuale hanno permesso di rilevare un'elevata percentuale di vittime, e questo ha fatto sì che operatori e istituzioni cominciarono a porsi diverse questioni. Tale evento viene indagato su molteplici livelli, tra cui quello psicologico, politico,

sociale, normativo e giudiziario. Questi diversi livelli di analisi consentono una comprensione più completa e approfondita dell'evento, considerando le sue implicazioni a livello individuale, collettivo e istituzionale.

Dal punto di vista legislativo, la Legge n. 66 del 15 febbraio del 1996⁴, a livello nazionale, ha portato ad un cambiamento molto importante che ha riconosciuto la violenza sessuale come grave reato contro la persona (De Leo, Cuzzocrea, Di Tullio D'Elisiis, Lepri, 2001). I reati di violenza sessuale vengono considerati dal Codice penale italiano come «*delitti contro la libertà personale*», e fra questi sono presenti diversi articoli: dal 609-bis fino al 609- undecies.

L'art. 609-bis, in particolare, «*punisce con la reclusione da 5 a 10 anni chi, con violenza o minaccia o abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali. La stessa pena si applica a chi costringe taluno a compiere o subire atti sessuali abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto o traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona. Nei casi di minore gravità, la pena può essere diminuita in misura non eccedente i due terzi*» (www.senato.it/japp/bgt/, pag 1).

L'art. 609-ter si occupa, invece, di punire le circostanze aggravanti del reato di violenza sessuale a seconda dei diversi casi, e prevede una pena detentiva che va dai 6 ai 12 anni. Tra i diversi casi sono presenti: uso di sostanze alcoliche, stupefacenti, violenza sessuale commessa su un minore di 14 anni e nei confronti di un minorenne (18 anni). La pena detentiva aumenta, da 7 a 14 anni, se la violenza sessuale è commessa ai danni di soggetti che non hanno ancora compiuto 10 anni. Per quanto riguarda il profilo inerente alla tutela dei minori, l'art. 609-quater prevede «*al di fuori dei casi di violenza sessuale, la non punibilità del minore che compia atti sessuali con persona che abbia compiuto 13 anni, purché la differenza di età tra i soggetti non sia superiore a 3 anni. Al di fuori di questa ipotesi, viene mantenuto fermo il principio per il quale si presume che il minorenne sino a 14 anni non possa avere rapporti sessuali consensuali; qualora vi sia violenza, minaccia o abuso di autorità su persona minore di anni 14 si ha un'ipotesi di violenza sessuale aggravata (ai sensi dell'art. 609-ter), mentre se sussiste il consenso del minore di 14 anni si rientra nel reato di atti sessuali con minorenne, punito con le stesse pene previste dall'art. 609-bis. Per quanto riguarda i minori di 16 anni, il Codice penale stabilisce che la punibilità è limitata agli atti sessuali commessi da chi sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il di lui convivente,*

⁴ Secondo la legge del 15-02-1996 n. 66 è violenza sessuale qualunque atto sessuale, attivo o passivo, imposto ad una persona contro la sua volontà, mediante violenza, minaccia o abuso di autorità.

il tutore ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore sia affidato o che abbia con il minore una relazione di convivenza. Non sono, quindi, punibili gli atti sessuali con minore di 16 anni consenziente commessi da un soggetto "estraneo" al minore, ossia che non si trovi in quelle relazioni speciali per le quali l'art. 609-quater ritiene che vi sia uno stato di sudditanza psicologica tale da escludere valore al consenso prestato. Costituisce, invece, violenza sessuale aggravata l'ipotesi in cui i fatti di cui all'articolo 609-bis siano commessi nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni 16, della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore» (www.senato.it/japp/bgt/, pag 1).

L'art. 609-quinquies punisce gli atti di corruzione di minorenni, cioè l'esposizione di un soggetto inferiore ai 14 anni di età ad atti sessuali con lo scopo di farlo assistere. In questo caso anche l'esposizione ad un contenuto pornografico è considerata punibile, con lo scopo di indurlo a mettere in atto o subire comportamenti sessuali. La pena consiste nella reclusione da 1 a 5 anni, ma può aumentare nel momento in cui tali situazioni vengono messe in atto da soggetti particolarmente legati al minore come ad esempio: i genitori, un tutore, un compagno del genitore o a qualsiasi soggetto cui il bambino viene affidato o conviva insieme a lui.

L'art. 609-decies sancisce inoltre che *«per i delitti di sfruttamento sessuale dei minori e di violenza sessuale in danno di minori, sia data comunicazione, a cura del procuratore della Repubblica, al tribunale per i minorenni. L'autorità giudiziaria procedente cura che il minore, in sede processuale, sia assistito, dal punto di vista affettivo e psicologico, dai genitori o da persona idonea indicata dal minore, da gruppi, fondazioni, associazioni, organizzazioni non governative. [...] Inoltre, la disposizione precisa che quando si procede per un delitto di maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale aggravata o stalking, commessi in danno di un minorenni o da uno dei genitori di un minorenni in danno dell'altro genitore, la comunicazione al Tribunale per i minorenni opera anche al fine di consentire all'autorità giudiziaria di valutare le proprie scelte in termini di affidamento del minore ed eventuale decadenza dalla responsabilità genitoriale» (www.senato.it/japp/bgt/, pag 2).*

È possibile concludere evidenziando l'importanza di attuare misure di intervento mirate e multidisciplinari nell'ambito di fenomeni così vasti e diffusi con l'obiettivo di fornire una tutela nei confronti della vittima e dell'intero nucleo familiare.

CAPITOLO 2:

COSA ACCADE NEL BAMBINO ABUSATO SESSUALMENTE: MENTE E CORPO NEL TRAUMA

2.1 Esperienze traumatiche precoci: trauma e dissociazione nella vittima

Il bambino nasce in uno stato di «*incompiutezza neuro-fisiologica, di neotenia e impotenza ad aiutarsi da solo*» (Birraux, 2004, pag. 87). Il processo di sviluppo della mente del bambino considera le diverse interazioni con l'ambiente esterno, in quanto i fattori esterni possono rappresentare un aspetto positivo o negativo nella crescita. Il contesto ambientale dei genitori, dei fratelli, della scuola e degli amici sono elementi essenziali per la valutazione di una situazione normale o di patologia nello sviluppo e funzionamento del bambino (Marcelli & Cohen, 2012).

L'abuso sessuale è considerato come un fattore di rischio nello sviluppo della psicopatologia infantile, come anticipato nel capitolo precedente. A tal proposito, studi condotti sulla memoria infantile dimostrano come, in situazioni di benessere psicologico e in assenza di traumi, i bambini possiedano buone capacità di ricordare e di parlare di eventi avvenuti nel passato con una particolare capacità di cogliere gli aspetti salienti delle esperienze vissute (Ceci e Friedman, 2000). Nel caso di bambini vittime di abuso, invece, sembrerebbero intervenire dei fattori emotivi e sociali che andrebbero ad inibire la capacità di raccontare eventi passati e subiti, andando a compromettere in particolar modo la memoria autobiografica (Meesters et al., 2000).

Pierre Janet (1859-1947), nel secolo scorso, aveva già ben evidenziato il ruolo patogeno del trauma reale, sostenendo che «*il trauma esercita un effetto frammentante e disorganizzante sulle attività psichiche dell'individuo creando idee fisse subconscie che, separate dalla coscienza, ne alterano il funzionamento. Queste memorie traumatiche, se ripetute o particolarmente intense, andrebbero a formare vere e proprie personalità secondarie dissociate che riemergerebbero in modo intenso e improvviso*» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 98). Anche altri autori tra cui Ferenczi, Balint e Winnicott, successivamente alla teorizzazione di Freud rispetto al trauma fantastico⁵, avevano dato particolare importanza agli aspetti relazionali precoci e alla realtà esterna per quanto riguarda lo sviluppo successivo di eventuali disturbi della personalità. Non solo gli abusi hanno in sé un valore traumatico, ma anche forme precoci di perdita, la psicopatologia dei caregiver ed un loro eventuale fallimento nel contenere i figli.

⁵ Freud privilegia il ruolo del conflitto psichico: i sintomi nevrotici dell'adulto non sono necessariamente causati da un trauma realmente vissuto nell'infanzia e sono spesso mera espressione di fantasie incestuose di violenza o seduzione prodotte dal bambino stesso.

2.2.1 Il ruolo dello stress nel trauma: resilienza o vulnerabilità

Rispetto all'idea di trauma, è necessario approfondire il concetto di stress: «*uno stato di tensione fisica e/o psicologica causato da agenti stressanti (stressor) in grado di produrre un'alterazione della omeostasi individuale*» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 100). Lo stress non va visto solo ed esclusivamente in termini negativi, in quanto può essere funzionale nella vita di ogni individuo, ma nel momento in cui oltrepassa le capacità del singolo di affrontarlo può diventare traumatico e comprometterne la salute. Lo stress traumatico fa riferimento ad alcuni quadri psicopatologici quali: il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), i disturbi dissociativi, i disturbi d'ansia, il disturbo da stress acuto, il disturbo dell'umore e l'abuso di sostanze. La reazione soggettiva di fronte a un determinato *stressor* può essere adattiva o disadattiva (eustress o distress) poiché dipende da molteplici fattori quali le caratteristiche dell'individuo e i fattori ambientali. Di conseguenza, lo stesso *stressor* può causare effetti diversi a seconda dei soggetti. Rispetto a ciò si parla del concetto di *resilienza*: «*la capacità di fronteggiare con successo o superare in modo adattivo esperienze che mettono a dura prova l'individuo*» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 102). Tale termine sottolinea la capacità degli individui non solo di affrontare le situazioni traumatiche, ma in alcuni casi, di uscirne addirittura “*rinforzati*” in quanto avviene una presa di consapevolezza delle proprie capacità individuali fino a quel momento non conosciute. L'opposto di tale concetto è invece la *vulnerabilità*, e, entrambi i termini sono estremi di un continuum che il trauma può portare alla luce.

Un'altra autrice, Suzanne Kobasa (1979) sottolinea l'importanza del *locus of control* rispetto al processo di attribuzione causale degli eventi, è presente sia un *locus of control interno*, prevalente negli individui resilienti e che li predispone a un ruolo più attivo di fronte a situazioni stressanti; ma anche un *locus of control esterno*, caratterizzato dall'attribuzione di eventi stressanti a qualcosa di esterno, come altre persone o al destino, dove gli individui si pongono in un ruolo più passivo di fronte agli eventi.

Un altro autore, Lenore Terr (1991), attraverso diversi studi condotti su bambini traumatizzati ha proposto una classificazione dei traumi di tipo I (“*un singolo evento eclatante come un terremoto o uno stupro*”) e di tipo II (“*un insieme di traumi ripetuti, come per esempio un abuso infantile protratto negli anni*”). Secondo l'autore i traumi di tipo II producono maggiori stili difensivi e di coping primitivi e possono sviluppare gravi patologie post-traumatiche e personalità dissociate. Inoltre, Terr (1994) afferma che il trauma è «*il risultato mentale di un evento sconvolgente che rende il soggetto temporaneamente impotente e interrompe le precedenti ordinarie operazioni di coping e di difesa*» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 104).

In tempi successivi, Etzel Cardeña e collaboratori (2003) evidenziano alcuni criteri necessari per comprendere le diverse caratteristiche di un evento traumatico:

- *Origine (per esempio: naturale vs umana)*
- *Natura (per esempio: abuso sessuale vs abuso fisico, e le loro caratteristiche)*
- *Durata*
- *Gravità (per esempio: esposizione a un incidente senza vittime vs un incidente con vittime)*
- *Estensione delle aree colpite*
- *Tipo di esposizione (per esempio: assistere a una disgrazia vs farne parte in prima persona)*
- *Relazione con il perpetratore del trauma (abuso intrafamiliare vs extrafamiliare)*

Secondo la letteratura (Dancu et al., 1996, Van der Kolk et al., 1996; Labbate et al., 1998; Freyd et al., 2001; vedi anche Lanius, Vermetten, Pain, 2010) «*gli eventi con caratteristiche di maggiore traumaticità sono quelli causati da un altro essere umano, ripetuti nel tempo, di natura sessuale (in particolare con penetrazione) e/o incestuosa*» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 104).

Le classificazioni diagnostiche, come DSM e ICD-10, tendono a categorizzare in modo diverso il concetto di evento traumatico. Secondo l'ICD-10 gli eventi traumatici sono «*eventi di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone*» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 103). Differente è invece l'organizzazione del DSM-5 che presenta dei criteri più precisi e una classificazione di eventi che possono considerarsi traumatici tramite l'utilizzo di una lista all'interno del quale ne sono presenti alcuni. Inoltre, descrive anche la molteplicità e la variabilità delle manifestazioni del disturbo da stress post-traumatico superando i limiti della precedente edizione che si era concentrata principalmente sulla paura intensa e i sentimenti di impotenza o orrore, senza prendere in considerazione le reazioni «*meno visibili*».

2.2.2 Il ruolo dell'attaccamento e dei MOI nell'elaborazione del trauma

Per poter comprendere l'evento traumatico è necessario prendere in considerazione le caratteristiche dell'attaccamento e dei modelli operativi interni: l'esperienza del trauma mette in atto il sistema di ricerca di conforto, aiuto e protezione, cioè il sistema di attaccamento e il modello operativo interno che lo regola. I modelli operativi interni (MOI) sono in grado di affievolire gli effetti del trauma se basati su un modello di attaccamento sicuro che permette di andare alla ricerca di relazioni che possano essere di supporto. Al contrario, modelli operativi interni che

provengono da attaccamenti insicuri o disorganizzati possono non essere efficaci nell'aiutare il soggetto che è stato traumatizzato.

Come già accennato, non sono stati evidenziati esclusivamente i traumi causati da eventi specifici, ma anche microtraumi ripetuti e poco evidenti, che si accumulano silenziosamente (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

2.2.3 Fattori da considerare per la valutazione dell'abuso sessuale

L'*assessment post-traumatico* richiede la considerazione di molti aspetti, di fronte ad un episodio di abuso sessuale infantile, ad esempio, uno dei primi fattori da esaminare è l'età della vittima: più il soggetto abusato è giovane e più alto è il rischio di conseguenze negative e prolungate nel tempo. Le situazioni traumatiche di maggior entità sembrerebbero essere quelle associate a gravi abusi di lunga durata (*dose-response relationship* oppure *exposure-response relationship*) che implicano paura di essere uccisi o feriti, penetrazione e violenza domestica. Nell'abuso intrafamiliare è stato possibile osservare come, nonostante l'abusante sia spesso un uomo (padre, fratello, zio, amico di famiglia), importante è la posizione che assume la madre della vittima: «*la presenza di un uomo abusante è spesso indicativa anche di un "ambiente materno" patologico*» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 105). Infatti, gravi disturbi di attaccamento sembrerebbero essere presenti maggiormente in famiglie con più alto rischio di maltrattamento, abuso e violenza: un fatto che evidenzia quanto *i fattori traumatici focali-macroscopici e quelli cumulativi-relazionali* siano fortemente intrecciati.

Tabella 5.1 Fattori da considerare nella valutazione dell'abuso sessuale.

a) Età del soggetto
b) Parametri dell'abuso (frequenza, durata, tipo di atto sessuale ecc.)
c) Tipo di relazione con l'abusatore
d) Fattori temperamentali (eccitabilità, sensibilità al piacere e al dolore ecc.)
e) Fattori protettivi, di resilienza e vulnerabilità individuale
f) Contesto di attaccamento e risposta ambientale
g) <i>Disclosure</i> (possibilità e capacità del soggetto di comunicare con altri in relazione all'evento traumatico)
h) Presenza di caregiver alternativi
i) Tipo di elaborazione intrapsichica (memoria, meccanismi di difesa, ristrutturazioni cognitive, metacognizione, modelli operativi interni ecc.)

(Lingiardi & Gazzillo, 2014. Pag. 106).

Secondo Van der Kolk, «*episodi traumatici distinti e isolati possono produrre risposte biologiche e comportamentali discrete [...] senza necessariamente coinvolgere la totalità dell'identità della persona. L'abuso cronico e la trascuratezza, d'altro canto, sembrano avere un effetto più*

pervasivo sui processi regolatori biologici e psicologici, senza necessariamente produrre assetti discreti. Sul lungo periodo la perdita della "base sicura" può produrre gli effetti più devastanti perché il sostegno esterno appare una condizione necessaria per imparare come regolare gli stati affettivi interni e modulare le risposte comportamentali agli stressor esterni» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 107).

Nel DSM-5 viene distinto il disturbo da stress post-traumatico degli adulti rispetto ai bambini in età prescolare: viene proposto un set di criteri differente che però riprende le aree sintomatologiche proposte per gli adulti. Per entrambe le categorie di età è previsto un sottotipo di PTSD con una prevalenza di sintomi dissociativi (di depersonalizzazione o di derealizzazione). Un limite del DSM-5 è che non considera accuratamente gli effetti a lungo termine del trauma che sono diversi e dipendono dalla risposta dell'ambiente esterno e dai fattori protettivi di ciascun individuo. Alcuni autori (Liotti, Farina, 2011) hanno evidenziato che i criteri diagnostici del DSM-5 sono insufficienti nel rilevare disturbi post-traumatici non riconducibili al PTSD. A tal proposito, alcuni clinici hanno introdotto la diagnosi di disturbo post-traumatico complesso (cPTSD) o di CPTSD disturbo da stress estremo non altrimenti specificato (DESNOS; Herman, 1992; Van der Kolk et al., 2005). Diversamente dai traumi singoli, *i traumi complessi* si ripetono nel tempo e, solitamente, sono di natura interpersonale. Questi possono avere un impatto decisivo se avvengono in età evolutiva poiché causano un'alterazione dell'identità e una dissociazione tra gli stati dell'Io. Infatti, il cPTSD andrebbe inserito tra i disturbi dissociativi oppure andrebbe denominato disturbo post-traumatico di personalità proprio per sottolineare la sua vicinanza al disturbo borderline di personalità con un'elevata presenza di sintomi dissociativi (Classen et al., 2006).

2.2.4 Il ruolo della dissociazione nel trauma

Per dissociazione si intende *«uno stato in cui il soggetto subisce un'alterazione più o meno temporanea delle normali funzioni integrative come identità, memoria, coscienza, percezione dell'ambiente circostante. Durante lo stato dissociativo, la coesione e l'interrelazione delle informazioni complesse che vanno continuamente a costruire quel flusso di stati che definiamo coscienza si interrompono. I fenomeni dissociativi possono esser posti lungo un continuum di intensità che riflette un ampio spettro di esperienze e/o di sintomi»* (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 117). La dissociazione ha un ruolo centrale nella gestione immediata del trauma in quanto: *«una persona può "dissociare" l'esperienza traumatica dalla coscienza e dalla memoria, creando una fuga mentale dalla paura e dal dolore evocati dal vissuto traumatico»* (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 118). Questo processo risulta essere fortemente adattivo nel momento

dell'evento traumatico, però produce innumerevoli cambiamenti e alterazioni dei processi psichici, che nel tempo possono poi diventare degli stili relazionali e strategie di difesa disadattivi. Soprattutto nel bambino traumatizzato, la dissociazione rappresenta una via di fuga da forti stati di dolore fisico ed emotivo. In questo modo pensieri, sentimenti, ricordi e percezione delle esperienze traumatiche vengono separati psicologicamente, permettendo così alla vittima di continuare a vivere come se il trauma non fosse mai avvenuto. A tal proposito Frank Putnam (2001) ha definito la dissociazione come «*la fuga quando non c'è via di fuga*» (Lingiardi & Gazzillo, 2014, pag. 118).

Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis e Kathy Steele (2006) suggeriscono che non si è ancora giunti a una definizione univoca del concetto di dissociazione. Secondo gli autori la dissociazione viene a configurarsi come una frammentazione, in due o più parti, della personalità. Distinguono diversi aspetti della dissociazione e sostengono che: nella **dissociazione strutturale primaria**, presente nelle forme più comuni di PTSD, avviene una separazione tra una parte Apparentemente Normale della personalità (ANP) e un'altra Emozionale (EP); nella **dissociazione strutturale secondaria**, presente nel PTSD complesso, avviene la separazione tra una ANP e due o più EP; infine, nella **dissociazione strutturale terziaria**, che si verifica in casi più gravi quali disturbi dissociativi, avviene la separazione tra due o più ANP e due o più EP (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

2.3 *Gli effetti del trauma sulla mente e sul corpo*

Un evento traumatico risulta essere molto impattante nella vita di ogni individuo e, nel momento in cui si presenta, coinvolge le varie funzioni corticali e sottocorticali, i meccanismi fisiologici, emotivi, comportamentali e cognitivi attivati da reazioni di sopravvivenza che si instaurano subito dopo l'accaduto. Queste reazioni, prolungate e cronicizzate, portano a una disregolazione emotiva⁶, ma anche a scissioni e dissociazioni dell'esperienza e dei vissuti corrispondenti che l'individuo nel tempo somatizza fino alla strutturazione di quadri psicopatologici più complessi (www.stateofmind.it/2022/05/).

Eventi potenzialmente traumatici, come il maltrattamento o l'abuso, possono determinare uno squilibrio notevole del sistema nervoso: cioè, ribaltare la fisiologica alternanza tra l'attività del sistema nervoso simpatico (*fight-or-flight*) e di quello parasimpatico (*rest-and-digest*). Di fronte a queste situazioni, il sistema nervoso simpatico e la risposta di stress tendono ad attivarsi anche quando lo *stressor* che aveva causato la risposta iniziale non è più presente.

⁶ Il concetto è legato a quello di regolazione e si riferisce ad un'interruzione della "stabilità interna" dei processi mentali che sono legati alla costante e dinamica regolazione delle attività di cervello-mente-corpo-ambiente.

La parte più primitiva del cervello prende il nome di “*cervello rettiliano*”: corrispondente al tronco encefalico e all’ipotalamo, attivo già dalla nascita e responsabile del coordinamento e del mantenimento dell’omeostasi, cioè all’equilibrio dei sistemi vitali di base (coordinano il funzionamento del cuore, dei polmoni e il sistema endocrino e immunitario). Al di sopra vi è sistema limbico, conosciuto anche come il “*cervello mammaliano*”: la sede delle emozioni, del sistema di controllo del pericolo, di ciò che è percepito come piacevole o spaventoso, l’arbitro di ciò che è determinante o meno per la sopravvivenza, e che ha a che fare anche con una componente genetica e un temperamento innato (Van der Kolk, 2015). La mente è, infatti, per eccellenza l’organo che permette all’essere umano di adattarsi all’interno del proprio contesto di vita, e il suo sviluppo sembrerebbe essere fortemente condizionato dalle esperienze relazionali che l’individuo compie durante la sua esistenza. Per l’appunto, il cervello viene spesso denominato come “*sistema plastico*” che sottintende la sua capacità di modificarsi e adattarsi continuamente a seconda delle diverse fasi di crescita (Zennaro, 2011).

Il cervello rettiliano e mammaliano costituiscono assieme il cervello emotivo, il centro del sistema nervoso centrale, che ha come ruolo primario custodire il benessere dell’individuo, specializzato nell’avvio di risposte di attacco o fuga pre-programmate, automatiche, senza la mediazione dei processi di pensiero. Dotato di un’organizzazione e una biochimica cerebrali più semplici della neocorteccia che lo portano a conclusioni più approssimative e meno razionali. Infine, lo strato superiore del cervello, ossia la neocorteccia (presente a partire dai due anni di vita) corrisponde al cervello razionale, che consente di progettare, riflettere, immaginare e creare scenari futuri (van der Kolk, 2015). La neocorteccia è costituita per la maggior parte dai lobi frontali, che corrispondono anche alla sede dell’empatia e che permettono di sentire ciò che l’altro prova. Il bambino fin dalla nascita necessita di una “*nicchia evolutiva*”, cioè di un sistema che sia in grado di prendersene cura e che gli permetta un felice adattamento nei confronti dell’ambiente esterno. Ma, se eventi quali abusi o maltrattamenti avvengono nel contesto intrafamiliare, il bambino si trova di fronte a una situazione per cui, gli stessi soggetti che dovrebbero fornirgli cura e protezione, sono anche coloro che compiono atti abusanti. Infatti, se l’evento traumatico è ripetuto più volte nel tempo, l’impatto che avrà sullo sviluppo del soggetto sarà maggiore, con determinate conseguenze su diversi livelli, quali: la disregolazione del sistema biologico di gestione dello stress, compromissioni neurocognitive e psicosociali, alterazioni nello sviluppo cerebrale, problemi di salute fisica e disturbi psichiatrici (Van der Kolk, 2015).

Nel momento in cui un circuito neurale si attiva ripetutamente viene a costruirsi uno schema predefinito, ossia una risposta che in seguito verrà innescata con maggiore probabilità. Questo ha

una conseguenza anche di fronte alle esperienze che il bambino sperimenta: se il bambino si sente al sicuro e amato, il suo cervello tenderà a specializzarsi nell'esplorazione, nel gioco e nella cooperazione; diversamente se un bambino si sente spaventato il cervello tenderà a indirizzarsi nella gestione di emozioni quali la paura, il terrore e il senso di abbandono (Van der Kolk, 2015).

2.3.1 La memoria traumatica e il ricordo traumatico

Un altro aspetto che è stato dimostrato è che il trauma è "preverbale": cioè nel cervello dell'individuo che sta vivendo un'esperienza traumatica, l'area di Broca, che ha la funzione di tradurre in parole pensieri ed emozioni, si disattiva (van der Kolk, 2015). Infatti, per un individuo traumatizzato risulta essere molto difficoltoso il tentativo di trasformare e organizzare l'esperienza traumatica in un racconto coerente. *«Se il linguaggio non è quindi disponibile a causa della disattivazione, durante l'evento, delle aree cerebrali a esso connesse e a causa delle limitate competenze linguistiche del bambino, in relazione alla sua fase di sviluppo, le immagini finiscono col catturare l'esperienza, ripresentandosi sotto forma di incubi o flashback, che egli rappresenta e riattualizza solitamente nel gioco. Per un bambino traumatizzato, infatti, spesso i giochi sono i suoi discorsi e i giocattoli le sue parole, la strategia che egli trova per raccontare la sua storia»* (www.stateofmind.it/2021/04/, pag. 3).

Le tracce della memoria traumatica non risultano essere organizzate secondo una narrativa logica e coerente, ma si organizzano in frammenti sensoriali ed emotivi. A tal proposito Janet, nei suoi studi su soggetti traumatizzati, coniò il termine di "dissociazione" facendo riferimento alla scissione e all'isolamento delle tracce di memoria nei suoi pazienti.

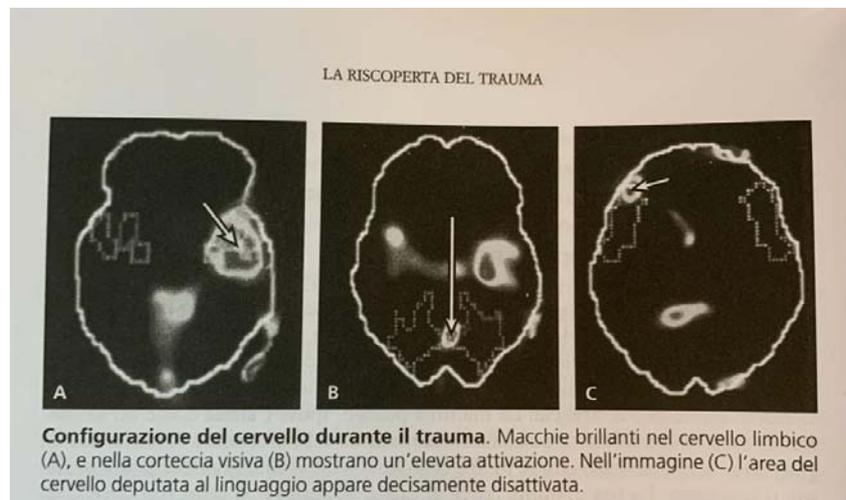
«La dissociazione impedisce al trauma di integrarsi all'interno dei magazzini di memoria autobiografica, conglomerati e sempre mutevoli, creando, in sostanza, un sistema di memoria duale. La memoria normale integra gli elementi di ciascun'esperienza all'interno del flusso continuo dell'esperienza di sé [...] le sensazioni, i pensieri e le emozioni del trauma erano immagazzinati separatamente in frammenti congelati, difficilmente comprensibili» (Van der Kolk, 2015, pag. 208).

2.3.2 L'attivazione del corpo di fronte al trauma

Nel momento in cui si è esposti ad un evento traumatico, l'attivazione di meccanismi di difesa quali la dissociazione, il congelamento, l'iperattivazione, legati alla disregolazione emotivo/sensoriale, all'alterazione dei ritmi sonno-veglia, alla tendenza all'acting, all'abuso di sostanze e/o psicofarmaci possono rendere difficoltoso l'accesso a contenuti consci e razionali (Fischer et al., 2011). Di fronte a tali situazioni, tendono ad attivarsi le aree più antiche e istintive

che oltrepassano le funzioni cognitive superiori. Gli stimoli esterni escono dal circuito della prevedibilità e della coscienza, ed entrano in gioco delle risposte fisiologiche di sopravvivenza che non terminano col cessare del pericolo. L'individuo è sottoposto ad una attivazione costante, mantenuta nel tempo, con un livello di arousal in uno stato di ipervigilanza e allerta come se fosse in attesa di qualcosa che potrebbe succedere da un momento all'altro (Van der Kolk, 2015).

Il corpo si ritrova in una condizione di anestesia, forte rigidità, talvolta fino al *death state*, che lo rende un blocco unico, volto a filtrare sensazioni che potrebbero innescare una serie di reazioni a catena (Steel, Van de Hart, Boon, 2014; Van der Kolk, 2015; De Zulueta, 2009, Boon et al., 2017). Il soggetto può trovarsi di fronte a una sorta di congelamento del corpo e delle sensazioni che lo rendono poco recettivo ai diversi stimoli esterni ed interni, che diversamente eleverebbero ulteriormente il grado di arousal già molto critico. Questo è un aspetto da tenere in considerazione anche durante l'intervento terapeutico, in quanto, le sole terapie verbali, di gruppo o individuali non sembrerebbero sufficienti nella cura del trauma poiché non riescono ad accedere alle parti più dissociate, specie in casi di abusi o maltrattamenti avvenuti in età precoce (Van der Kolk, 2015). Dopo un evento traumatico, quindi, si crea una disconnessione fra parti del cervello, fra emozioni, pensieri e sensazioni. Infatti, nel momento in cui viene chiesto alla vittima di raccontare l'evento, che può scatenare una serie di reazioni corporee e viscerali che attivano il segnale d'allarme, è possibile che la ripetizione del trauma faccia scaturire e rivivere una rivittimizzazione.



(Van der Kolk, 2015, *Il corpo accusa il colpo*, pag. 50).

Come è possibile notare dall'immagine sopra riportata di una configurazione del cervello durante il trauma, l'area di maggiore attivazione cerebrale corrisponde a una grande macchia rossa nella zona destra più bassa del cervello, cioè l'area limbica, ovvero l'area dove è presente l'amigdala. Il ruolo dell'amigdala consiste nell'avvisare il soggetto di un pericolo imminente o attivare una

risposta somatica allo stress. Ciò dimostra che, nel momento in cui ai soggetti traumatizzati vengono mostrate immagini o suoni relative alle loro esperienze, l'amigdala reagisce attivando uno stato di allarme. L'attivazione di tale area, deputata all'emozione della paura, innesca la produzione di ormoni dello stress e di impulsi nervosi che tendono a innalzare la pressione sanguigna, l'immissione di ossigeno, il battito cardiaco e così facendo il corpo viene attivato nella risposta di attacco/fuga (Van der Kolk, 2015).

Di fronte a un disturbo da stress post-traumatico, l'equilibrio tra l'amigdala e i lobi frontali può modificarsi rendendo molto più difficile il controllo delle emozioni e degli impulsi, poiché l'attivazione dell'amigdala mette in atto comportamenti di attacco/fuga, prima ancora che i lobi frontali possano mediare tale attivazione. Nei bambini molto piccoli e nei soggetti con disturbo traumatico l'elaborazione è di tipo *bottom-up*, ovvero sensomotoria e condotta dagli strati sottocorticali. A differenza, invece, di una elaborazione di tipo *top-down* che rinforza la capacità della corteccia prefrontale mediale di monitorare le diverse sensazioni fisiche (Van der Kolk, 2015).

La regolazione delle emozioni che permette all'individuo di agire in maniera adattiva viene persa nelle persone traumatizzate che si trovano così in uno stato di alessitimia (incapacità di riconoscere e definire le emozioni). Di fronte a ricordi non verbali di eventi traumatici, è possibile che venga riattualizzato il tenore emotivo che conduce alla messa in atto di azioni impulsive.

«Dopo il trauma, il mondo è percepito con un sistema nervoso differente. L'energia del sopravvissuto è convogliata verso la repressione del caos interiore, a scapito della possibilità di coinvolgersi in modo autentico nelle attività della vita quotidiana. Questi tentativi di mantenere il controllo sulle reazioni fisiologiche insopportabili possono tradursi in una svariata gamma di sintomi fisici, come fibromialgia, sindrome da affaticamento cronico e altre malattie autoimmuni. Tutto ciò rende ragione della fondamentale importanza di coinvolgere, nella cura del trauma, tutto l'organismo: corpo, mente e cervello» (Van der Kolk, 2015, pag. 62).

2.4 Il bambino vittima di sibling abuse: fattori di rischio ed eventi patogeni

La violenza all'interno della famiglia può essere la causa di una serie di conseguenze negative per le vittime, come disturbi psicologici a breve e a lungo termine e gravi danni fisici (Giordano, 2016). Due autori, Emery e Laumann-Billings (1998) sostengono che le conseguenze della vittimizzazione dipendano da almeno cinque classi di variabili, tra cui: la natura dell'atto abusante, l'intensità, la durata e la frequenza; le caratteristiche individuali della vittima; la natura della relazione tra vittima e abusante; la risposta degli altri all'abuso, e infine, i fattori legati

all'abuso che potrebbero esasperare i suoi effetti, quali un contesto familiare di caos precedente all'atto. Inoltre, un singolo episodio di abuso risulta essere meno dannoso rispetto a eventi ripetuti nel tempo (Giordano, 2016).

L'abuso può danneggiare lo sviluppo del bambino, agendo in particolar modo sulla regolazione affettiva, le relazioni con i coetanei e lo sviluppo dell'autostima.

Episodi di abuso e maltrattamento possono creare danni maggiori quanto più: il fenomeno resta nascosto e non viene riconosciuto, non vengono istituiti interventi di protezione nel contesto familiare, l'esperienza non viene elaborata o verbalizzata e il legame fra la vittima e l'autore del reato è caratterizzato da un forte legame di dipendenza fisica ed affettiva (Giordano, 2016).

Ogni individuo dispone di alcuni fattori di rischio e di protezione, in questo caso l'abuso tra fratelli e sorelle è determinato da molteplici fattori sia individuali che sistemici. Tra i fattori di rischio è possibile individuare: un'assenza dei genitori e la mancata partecipazione e supervisione, pratiche genitoriali inadeguate, la presenza di un trattamento differenziato dei fratelli (che sembrerebbe contribuire a intensificare la dipendenza reciproca), l'ostilità e la curiosità sessuale. Anche una scarsa organizzazione del sistema familiare, caratterizzata da limiti non definiti, può essere causa di squilibri di potere interno e di relazioni abusive tra fratelli (Caffaro, 2020).

I fattori protettivi possono essere, invece: la capacità di sostegno da parte della famiglia, calore da parte dei genitori e interazioni coinvolgenti, una gestione coerente e non punitiva della disciplina, legami affettivi con altri caregiver (compresi i nonni e i fratelli maggiori) la presenza e la capacità di utilizzare i sistemi di supporto della comunità (ad esempio, vicini, insegnanti, amici), genitori che imparano a creare un equilibrio (soprattutto di un sostegno emotivo) e le strategie di coping del bambino stesso – qualità essenziali per il processo di guarigione a causa dell'abuso subito (Cohen and Mannarino 2000; Feiring et al. 1998; Tremblay et al. 1999). Da questo emerge come la funzione svolta dai *caregivers* debba essere presa in considerazione per cercare di costruire un quadro generale del funzionamento del bambino, in quanto uno sviluppo maggiore dei sintomi in bambini maltrattati o abusati risulta essere correlato a una maggiore incapacità parentale, come: disturbi di personalità, depressione e abusi di sostanze (McFarlane, 1988).

Inoltre, diversi studi dimostrano come le conseguenze tragiche dell'abuso sessuale sono di pari importanza e gravità sia nelle situazioni di abuso sessuale padre e figlia che tra quelli fra fratelli e sorelle (Cyr et al. 2002; Rudd e Herzberger 1999). Allo stesso modo, facendo riferimento a un campione culturalmente diverso, alcuni autori (Shaw et al. 2000) sono giunti alla conclusione che le vittime di abusi sessuali da parte di altri bambini possono portare allo sviluppo di problemi comportamentali ed emotivi non particolarmente diversi da quelli provocati dall'abuso da parte

di una figura adulta. L'appoggio da parte delle figure genitoriali risulta essere molto importante e di estrema delicatezza, e può riguardare sia un sostegno emotivo nei confronti del bambino che l'attuazione di misure di sostegno come: la ricerca di un aiuto di un professionista o il tentativo di limitare i contatti tra il sospetto autore dell'abuso e la sua vittima (Caffaro, 2020).

Da parte dei giovani di sesso maschile episodi di abuso sessuale vengono spesso sottovalutati a causa della difficoltà degli stessi a denunciarli e dichiararli, in quanto provano un forte imbarazzo nel chiedere aiuto e riconoscersi nel ruolo di vittime (Duncan 1999; Goodwin and Roscoe 1990).

La maggior parte dei giovani con comportamenti sessuali dannosi tende a rivolgersi a vittime a loro conosciute come, ad esempio, membri della loro famiglia immediata o allargata. Nel 2003, Taylor ha evidenziato all'interno di uno studio che solo il 3% di un totale di 402 presunti episodi di abuso sessuale ha coinvolto vittime che erano sconosciute ai giovani abusanti. Infatti, i giovani che mettono in atto comportamenti sessuali dannosi hanno più probabilità rispetto agli adulti autori di reato di abusare bambini piccoli (Finkelhor et al, 2009) (Hackett, 2014). Lo stesso autore nel 2003 ha anche riscontrato che l'età media delle vittime sembrerebbe essere poco superiore agli otto anni, con una "*distribuzione bimodale*" legata all'età delle vittime con momenti di apice fra i cinque e i dodici anni. Questo permette di comprendere l'esistenza di fasi di sviluppo in cui i bambini sembrerebbero essere maggiormente vulnerabili ai giovani abusatori sessuali, tra cui l'infanzia e l'adolescenza che risultano essere periodi di maggior rischio (Hackett, 2014).

I giovani con comportamenti sessuali dannosi sembrerebbero abusare maggiormente delle femmine rispetto ai maschi. Hackett et al. (2013b) hanno rilevato che circa il 51% dei giovani del loro campione aveva abusato solo di femmine, il 19% solo di maschi e circa un terzo (30%) aveva abusato sia di maschi che di femmine. Poco meno della metà dei giovani (49%) aveva abusato di un maschio (Hackett, 2014).

2.4.1 *Le emozioni e i sentimenti nel bambino vittima di abuso sessuale*

I bambini che sono stati vittime di abusi e maltrattamenti, solitamente, provano vergogna e senso di colpa. Tali emozioni sono presenti già a partire dal primo anno di vita, e sono "*espressioni emotive*" derivanti dalla socializzazione, dal contesto culturale di appartenenza e dalle diverse pratiche educative che acquistano un significato sociale e relazionale tramite l'interazione con gli altri, e richiedono capacità cognitive evolute di autoconsapevolezza, valutazione del proprio sé e degli altri (www.stateofmind.it/2017/02/). Nei bambini che sono stati vittime di abuso sessuale, non solo la vergogna, ma anche l'imbarazzo e la timidezza sembrerebbero irrobustire la percezione di non essere adeguati, e motivo di maggiore chiusura nei confronti del mondo esterno.

Il senso di colpa è, dunque, l'elemento centrale nel vissuto soggettivo dell'individuo e del suo mondo interno, e, insieme alla vergogna, incrementano nel bambino una rappresentazione di sé come “*malvagio, cattivo e ridicolo*” e dell'altro come “*rifiutante, controllante e minaccioso*” (www.stateofmind.it/2017/02/).

È possibile che, in alcuni casi, le vittime di abusi sessuali si costruiscano un'immagine di sé come “*seduttrici*” attribuendosi la colpa per l'atto subito poiché troppo generosi, attraenti, dolci e gentili. Questo nella maggioranza dei casi può portare a depressione, generare sensi di colpa, promiscuità o inibizione sessuale (Gelinias, 1983; Herman, Russell & Trocki, 1986).

Un altro aspetto fortemente compromesso nel soggetto abusato o maltrattato è l'empatia, a tal proposito il bambino può avere difficoltà nello sviluppare una capacità introspettiva di autoriflessione, sia su di sé che sulle conseguenze dei propri comportamenti e dell'impatto che hanno sull'Altro. Infatti, in alcuni casi il comportamento antisociale e delinquenziale ha la propria origine da questa carenza di capacità empatica, in quanto l'empatia è in grado di mediare l'adozione di comportamenti prosociali, e permette di acquisire in modo profondo il significato sociale delle norme e delle regole (Shaffer, 1996).

2.4.2 L'assenza di un ambiente sicuro di fronte a episodi di abuso sessuale

La violenza fisica o psicologica subita e l'assenza di un ambiente sicuro durante l'infanzia hanno come conseguenza gravi problemi psicologici ed emozionali in età adulta (Carr et al., 2018). Frequentemente, infatti, si va incontro a problemi di gestione della rabbia, bassa autostima e strategie di regolazione emotiva inefficaci (Ford et al., 2012; Stevens et al., 2013; Stein, 2006). A tal proposito, la letteratura ha evidenziato la presenza di una forte componente rabbiosa e di una ridotta autostima in adulti con traumi infantili (Asgeirdottir et al., 2010).

Una trascuratezza primaria grave da parte dei genitori o un accudimento rigido possono anche condurre a problemi di comportamento a scuola per le vittime, costituendo un fattore predittivo di problemi con i coetanei e di mancanza di empatia per il disagio degli altri (Van der Kolk, 2015). Questo pattern comportamentale potrebbe essere l'origine di un circolo vizioso dove l'attivazione cronica, associata alla mancanza di contenimento da parte dei genitori, rende i bambini dirompenti, oppositivi e aggressivi. Di fronte al trauma, inoltre, avere un sistema biologico che secerne continuamente ormoni dello stress per affrontare minacce reali o immaginarie potrebbe implicare lo sviluppo di problemi fisici quali: disturbi del sonno, dolori inspiegabili, mal di testa, ipersensibilità al tatto o al suono. La trascuratezza e l'abbandono determinano il bisogno e la

tendenza ad un affidamento totale da parte delle vittime, anche ai propri persecutori, e può portare a sentirsi difettosi e senza valore (Van der Kolk, 2015).

2.4.3 Le conseguenze dell'abuso sessuale sullo sviluppo della sessualità della vittima

Una serie di problemi nell'età adulta sono spesso associati all'esperienza di abuso sessuale infantile, come ad esempio: la disfunzione sessuale e l'insoddisfazione sessuale (Rellini e Meston, 2011) specie nelle donne (Laumann et al., 1999). L'abuso sessuale infantile è, infatti, uno dei fattori di rischio più salienti per lo sviluppo di problemi che riguardano: il desiderio sessuale, il raggiungimento dell'orgasmo, il vaginismo, problemi di eccitazione sessuale, dispareunia e bassa soddisfazione sessuale (Leonard e Follette, 2002). In particolare, sembra emergere un rischio maggiore di disturbo dell'eccitazione sessuale (Laumann et al., 1999). In questi casi, le donne che sembrano presentare problemi di eccitazione sessuale, riferiscono una mancanza di eccitazione a diversi stimoli come: leggere qualcosa di erotico, ricevere stimolazione orale, mammaria, genitale, dare piacere al partner o impegnarsi in un rapporto sessuale (Basson et al., 2004). Di conseguenza emerge come donne con storie di abuso sessuale infantile riportino un'inferiore eccitazione sessuale, riferendo di provare emozioni come paura, rabbia e disgusto durante l'eccitazione sessuale con un partner rispetto a donne non maltrattate (Rellini e Meston, 2011). Una spiegazione potrebbe essere data dal punto di vista fisiologico: le donne con storia di abuso sessuale infantile sembrerebbero avere livelli più bassi di cortisolo, i quali sono stati associati ad un'iperattivazione del Sistema Nervoso Simpatico (SNS) che aumenta naturalmente durante l'eccitazione sessuale (Rellini e Meston, 2006). Quindi, l'eccitazione del SNS potrebbe già essere così elevata che un ulteriore aumento tramite l'eccitazione sessuale potrebbe portare l'attivazione del Sistema Nervoso Simpatico oltre l'intervallo ottimale, portando a una funzione sessuale compromessa. Di conseguenza, tale compromissione causa una risposta inferiore nelle donne con esperienza di abuso sessuale infantile (Pulverman et al., 2018). Un'altra ipotesi, avanzata da una prospettiva cognitivo-comportamentale, è che sia presente un senso di colpa nelle donne per aver provato un'eccitazione sessuale durante l'atto abusivo (Davis e Petretic-Jackson, 2000) e di conseguenza questo porterebbe a ignorare ulteriori esperienze sessuali (Barlow, 1986).

È possibile però che si possa sviluppare anche l'effetto opposto: solitamente le ragazze vittime di abuso, con storie di incesto, si sviluppano circa un anno e mezzo prima delle ragazze non abusate (Van der Kolk, 2015). Gli abusi sessuali, in alcuni casi, accelerano "l'orologio biologico" e la secrezione degli ormoni sessuali. Durante la pubertà alcune ragazze vittime di abusi potrebbero mostrare, infatti, valori di testosterone e di androstenedione: cioè gli ormoni che alimenterebbero

il desiderio sessuale (Van der Kolk, 2015). A dimostrazione di ciò, Jean-Paul Mugnier, terapeuta francese, ha riportato in un suo libro recente, dal titolo “*L’abuso sessuale in famiglia: quando chi abuso è un fratello*” (2022) una frase di una sua paziente, Linda, che successivamente esser stata esposta a episodi di abuso intrafamiliare da parte del nonno e del fratello afferma «*ho paura di aver voglia di farlo sempre. Con dei grandi, ma anche con dei piccoli*» (Mugnier, 2022) in una visione di sé futura coinvolta in eventuali rapporti sessuali.

2.5 Prospettive di intervento sui bambini vittime di sibling abuse

In famiglie in cui si verifica il *sibling abuse* è necessario un approccio psicoterapeutico basato sugli aspetti relazionali del trauma, ma soprattutto incentrato sui punti di forza della vittima. Può essere necessario anche un lavoro sulla relazione di attaccamento per aiutare il bambino nelle future relazioni interindividuali, così come una prospettiva di intervento mirata nel compensare i deficit di regolazione emotiva e affettiva e le competenze interpersonali apprese da relazioni dannose nel sistema familiare (Caffaro, 2020). A favore di ciò, interventi di tipo cognitivo potrebbero indirizzare il bambino vittima di abuso nella possibilità di incrementare e migliorare la propria immagine di sé al fine di avere una buona consapevolezza delle relazioni con gli altri (Caffaro, 2020). Solitamente, infatti, i trattamenti dedicati ai casi di abuso tra fratelli o sorelle richiedono un cambiamento degli approcci sistemici tradizionali.

In caso di *sibling abuse* due elementi risultano essere di estrema importanza: l’affidabilità e la sicurezza della vittima che richiedono un intervento immediato (Caffaro, 2020). Il trattamento è necessario che venga “*vestito*” sulla base delle caratteristiche soggettive e familiari presenti, per esempio, è possibile che una terapia pensata con tutti i membri della famiglia possa non essere funzionale e nell’interesse del soggetto vittima di abuso. I fratelli o le sorelle abusati possono aver bisogno, in alcuni casi, di un intervento strettamente individuale o di gruppo ma incentrato sull’abuso e, in un secondo momento, di una terapia familiare; spesso il trattamento terapeutico procede in maniera progressiva e i membri della famiglia vengono inclusi successivamente (Caffaro, 2020). Un’attenzione specialistica sul *sibling abuse* permette, inoltre, un approccio clinico basato sul trauma in modo da essere fatto su misura nei confronti delle necessità uniche di bambini e famiglie in cui un fratello o una sorella ha danneggiato un altro bambino (Caffaro, 2020). A tal proposito, occorre valutare se nei rapporti relazionali tra i membri della famiglia sono presenti fattori di rischio e fattori protettivi. Se vi fosse una prevalenza di fattori protettivi, potrebbe risultare corretta una strategia di intervento finalizzata a fornire un aiuto e un sostegno sia al bambino che all’intero nucleo familiare. Se fossero presenti entrambi, fattori di rischio e fattori protettivi, potrebbe essere necessario proteggere il minore, e contemporaneamente, cercare

di incrementare e potenziare le risorse tra i diversi componenti della famiglia. Diversamente, se vi fosse assenza di fattori protettivi, sarebbe opportuno un intervento mirato a proteggere e tutelare il minore, accompagnato da prescrizioni indirizzate alla famiglia. La protezione della vittima non si può limitare a una tutela penale, ma è necessario un intero processo di intervento che abbia come obiettivo l'interesse della vittima e la sua sana crescita psicofisica (Giordano, 2016). A tal proposito, è necessario che il clinico richieda alle istituzioni giudiziarie di tutelare il minore. Infatti, successivamente alla rivelazione dell'atto subito, la principale forma di intervento da instaurare è quella che interrompe l'abuso, spesso attraverso l'allontanamento fisico della vittima dall'autore del reato (Giordano, 2016).

2.5.1 Indicazioni nel trattamento e collocamento del bambino autore del reato

Risultano complesse, però, anche le decisioni in merito al collocamento o all'allontanamento dei soggetti abusanti, ma le disposizioni più recenti sembrerebbero raccomandare delle decisioni individualizzate a seconda dei casi, piuttosto che politiche univoche e strategie standardizzate. In situazioni di *sibling abuse* non è sempre necessario il collocamento al di fuori della casa dove è avvenuto il reato, il compito dei caregivers in questo caso riguarda strettamente l'aumento della protezione e della sicurezza del bambino abusato (Caffaro, 2020). Questo perché «*solo in una situazione protetta è, quindi, possibile capire, valutare e poi curare il danno prodotto dalla situazione abusiva*» (Giordano, 2016, pag. 91).

In alcuni casi, però, è possibile che il bambino autore di abuso sessuale venga allontanato dalla propria casa quando le misure di intervento non sono state sufficientemente adeguate ed efficienti. Questo però rappresenta una rarità, e la distanza da casa non dovrebbe occupare un tempo troppo lungo. Una buona prospettiva di intervento dovrebbe essere costruita sulla base della valutazione del rischio e della vulnerabilità dell'intero nucleo familiare. Infatti, anche l'intervento rivolto ai fratelli o sorelle abusanti deve essere svolto con molta attenzione e prudenza, con lo scopo primario di porre in una situazione sicura ogni membro della famiglia. Anche perché, un bambino autore del reato può essere “*etichettato*” come delinquente in un momento della vita di estrema vulnerabilità, per questo sono necessarie delle politiche mirate alla riduzione del danno in modo tale da essere più efficaci senza colpire il singolo individuo (Caffaro, 2020). In Italia, dagli anni Novanta attraverso il *Centro del bambino maltrattato* di Milano, si sono ottenuti ottimi risultati con gli autori del reato attraverso l'accettazione di un collegamento fra contesto giudiziario e terapeutico. In questa linea di pensiero si ritiene che, se si fornisse agli abusanti la strada della terapia, potrebbero essere inferiori le loro recidive. Ma, ad esempio, l'*Associazione Artemisia* di Firenze ha scelto, invece, di non occuparsi dell'intervento terapeutico degli abusanti. Comunque,

di estrema importanza risulta essere la capacità dell'abusante di assumersi le responsabilità rispetto all'accaduto (Giordano, 2016).

Alcuni studi mostrano come l'inclusione dei genitori nel trattamento dei figli autori del reato conduca a risultati maggiormente efficaci (Burnham et al. 1999; Haskins 2003; Rich 2003; Thomas e Viar 2005; Zankman e Bonomo 2004) in quanto a volte è possibile che un abuso fisico condotto nei confronti di un fratello o di una sorella sia in realtà la manifestazione di problemi familiari gravi. In famiglie con episodi di *sibling abuse* sono spesso i genitori che o fisicamente o psicologicamente abbandonano i bambini, e questo porta i fratelli a dipendere l'un l'altro anche se questo produce ansia, dolori e ulteriori maltrattamenti (Caffaro, 2020).

2.5.2 Il contesto culturale nella valutazione dell'abuso sessuale intrafamiliare

Anche il contesto culturale riveste un ruolo rilevante nel corso dello sviluppo relazionale dei bambini. Questo perché il trattamento, se non contestualizzato, può perdere la sua efficacia in assenza di strategie di intervento precise che tengano conto delle aspettative culturali, ideologiche, ma anche delle pratiche di coping che possono essere considerate "accettabili" in una determinata società (Caffaro, 2020). Per questo gli stessi professionisti che lavorano nell'ambito dell'abuso sessuale, e non solo, devono prestare attenzione ai contesti culturali dei propri pazienti. Per quanto riguarda il lavoro del clinico, la consapevolezza del professionista della propria visione culturale ed eventuali pregiudizi deve essere monitorata, specie durante la fase di valutazione, in quanto di fronte al lavoro con le vittime di traumi da abuso sui fratelli o sorelle e le loro famiglie, ciò che viene considerato anormale può essere per loro culturalmente appropriato, ma in particolar modo, un'attenzione particolare deve essere posta al fine di non ritraumatizzare le vittime e le famiglie prendendosene cura in modo inappropriato (Caffaro, 2020). Considerare gli aspetti culturali ha una stretta rilevanza in quanto il rapporto di una persona con la propria cultura influisce direttamente sul modo di concettualizzare problemi e sintomi (Suzuki e Kugler, 1995).

Il ruolo dei professionisti che si occupano del *sibling abuse* deve rientrare, quindi, in un campo anche più sociale: è importante cercare di sviluppare e includere nella società delle politiche pubbliche precise in soccorso ai cittadini più vulnerabili, come i bambini, da eventuali danni presenti o futuri. A questo dovrebbe seguire una maggiore formazione delle figure professionali nell'ambito della salute mentale che si occupano di casi di abuso fra fratelli e sorelle nella ricerca di strategie preventive. Questo perché, se un caso di abuso non viene indagato accuratamente e riconosciuto, i bambini che ne sono stati vittime possono avere un forte peggioramento ed essere

a rischio di sperimentare nuovamente l'abuso. Per questo potrebbe essere necessario stabilire delle norme maggiormente definite per aiutare i professionisti ad individuare e identificare casi di abuso e mettere in atto strategie efficaci di intervento perché, i professionisti come medici, psicologi o operatori sanitari sono obbligati a segnalare i casi di abuso sui minori, ma si può dire, in conclusione dell'analisi della letteratura (Caffaro, 2020), che nonostante l'abuso tra fratelli e sorelle sia un fenomeno notevolmente diffuso e conosciuto da tempo, risulta esserci ancora poca chiarezza e una scarsa attenzione da parte degli studiosi e dei clinici. Il problema principale è proprio l'assenza di criteri universalmente validi e accettabili che siano in grado di descrivere e distinguere il fenomeno del *sibling abuse* (Caffaro, 2020).

CAPITOLO 3:

IL CASO CLINICO DI L

3.1 Il caso di L: la sua anamnesi

La minore nasce nel 2010 in un piccolo comune nella periferia di Torino, all'interno di un nucleo familiare già conosciuto ai Servizi Territoriali per ragioni di instabilità economica e difficoltà psico-sociali. La madre di L viene presentata come una donna instabile, ansiosa e fragile ma apparentemente non violenta né aggressiva. Il padre, invece, è già noto ai Servizi per i suoi trascorsi di tossicodipendenza, parzialmente rientrati anche se con alcuni episodi di ricadute. È descritto come un uomo che alterna momenti di grande disregolazione emotivo/comportamentale – che agisce con rabbia – ad altri di dipendenza psicologica totale dalla moglie. Entrambi i genitori di L sono operai e lavorano su turni di ventiquattro ore. L ha 2 fratelli, uno più grande di lei di 5 anni e uno più piccolo di lei di 3 anni. I nonni materni si sono spesso occupati dei nipoti quando i genitori non potevano essere presenti, attribuendo precocemente a L il ruolo di “*dommna di casa*” e chiedendole di aiutarli facendosi carico dei suoi fratelli.

I Servizi Sociali sono precocemente intervenuti a supporto di questo nucleo affiancando alla famiglia una figura di educatore territoriale, anche sotto segnalazione della scuola dei tre minori. Tale figura aveva il compito di affiancare i caregivers adulti nel percorso di crescita dei minori al fine di intervenire sulla vulnerabilità dell'ambiente primario. Dalle relazioni dell'educatore è emerso come, spesso, L e i suoi fratelli rimanessero soli in casa, ma in particolar modo L e il fratello maggiore, mentre il più piccolo passava molto tempo presso la casa dei nonni. Inoltre, risultava scritto che quando i genitori erano in casa spesso dormivano, e l'educatore osservava che il clima emotivo, che trovava spesso al suo arrivo, era frequentemente teso e inquieto a causa di continue liti tra gli adulti (sovente non vi era nulla da mangiare o i vestiti erano tutti sporchi) o di scontri verbali e a volte fisici tra il padre e il fratello maggiore di L.

Nel 2019, un'insegnante di L, sostenuta dalla sua Dirigente, segnala ai Servizi Sociali un dubbio di abuso sessuale intrafamiliare denunciato dalla minorenni a scuola in un tema in classe. La ragazza viene ascoltata, ma velocemente ritratta la denuncia, e la famiglia si dichiara assolutamente estranea ai fatti accusando L di essere un'*accentratrice* e di far tutto questo come richiesta di attenzione per gelosia nei confronti del fratello minore. I dubbi vengono rivolti nei confronti del padre e della madre, che, pur non negando la possibilità che qualcosa potesse essere accaduto nei frequenti momenti in cui lei non era in casa o dormiva, non aveva assunto le difese e la tutela della minore. La madre aveva ammesso che quando tornava a casa assumeva dei

farmaci che rendevano pesantissimo il suo sonno, mentre il padre si dichiarava totalmente estraneo ai fatti, poco interessandosi alla reale situazione di difficoltà della figlia. Si mostrava però estremamente preoccupato, agendo grandi scatti di ira nei confronti della minore poiché sembrava temere conseguenti gesti di allontanamento ed esclusione da parte della moglie nei suoi confronti.

Nel periodo del Covid-19, complice la situazione pandemica, il nucleo è sembrato scomparire dall'attenzione dei Servizi Sociali Territoriali. Ma, nel 2021, la scuola è tornata a segnalare una situazione critica e complessa per i fratelli. Entrambi in quel periodo avevano quasi abbandonato la scuola e quando erano presenti manifestavano comportamenti preoccupanti. Il fratello di L si era unito a giovani soggetti devianti che sembravano assumere droghe leggere e commettere piccoli reati e creavano non pochi problemi nel contesto scolastico. L, invece, appariva sempre più chiusa e scarsamente accessibile alla relazione e al contatto. Alcune mamme avevano riportato alle insegnanti che le loro figlie, compagne di classe di L, avevano visto lividi e tagli sul corpo della ragazza. Così nuovamente sono stati allertati i Servizi ed è stato nuovamente attivato un servizio di educativa territoriale.

La situazione che il nuovo educatore trova in casa, però, è fortemente preoccupante: la madre appare scarsamente interessata ai figli, forse affaticata da un quadro depressivo, e la tensione con il marito è molto forte. Quest'ultimo sembra aver ripreso a bere, molte sono le lattine di birra vuote che l'educatore trova in giro per casa, a volte anche nascoste. Il figlio più piccolo ormai vive con i nonni, con il primo lockdown la famiglia ha deciso di separarsi per questione di mancanza di spazio, e spesso in casa l'educatore trova i giovani amici devianti del fratello. L vive "murata" in camera, alternando momenti di oppositività e provocazione ad altri di profondo sconforto. Il lavoro dell'educatore porta la minore a costruire con lui una relazione di fiducia che sembra riuscire nell'intento di far uscire L dal suo guscio. Ma, ancora una volta l'istituto scolastico richiama l'attenzione dei Servizi: la bambina a scuola porta tematiche relative alla sessualità, alcune insegnanti notano comportamenti di masturbazione compulsiva e mal celata e lividi e tagli presenti su braccia e gambe. Inoltre, L continua a portare questioni di interesse sessuale sotto forma di domande che subito smentisce nel momento in cui le vengono richiesti dei chiarimenti. Di fronte a tale situazione vengono pertanto attivati i servizi di Neuropsichiatria Infantile e di Psicologia Area Minori e, dai colloqui, emerge un chiaro pericolo riconducibile all'ambiente primario di provenienza che continua a negare, minimizzare e a svalutare le preoccupazioni e i rischi del caso. La decisione che viene assunta è quella di allontanare la minore da un contesto così ad alto rischio di negligenza e abuso, e dopo il rifiuto dei nonni di tenere la

minore con loro – decisione motivata dal doversi già fare carico del nipote più piccolo – L viene accompagnata in Comunità per Minori, in attesa di un provvedimento da parte del Giudice.

3.2 Quadro diagnostico di L

Nel percorso in Comunità e nella relazione con educatori e psicoterapeuta, L racconta delle sue esperienze di abuso agite dal fratello maggiore su di lei. Narra di essere stata più volte invitata dal fratello a vedere film pornografici e di aver assistito a gesti masturbatori suoi e dei suoi amici. Racconta di essere stata costretta dal fratello a un rapporto orale, mentre lui era sotto effetto di alcol e la madre dormiva nella stanza accanto.

Nel corso della psicoterapia ha anche raccontato di essersi sentita spesso colpevole dell'accaduto, a volte dubbiosa che questo fosse realmente successo visto che nessuno intorno a lei sembrava essersene accorto, e che il fratello stesso alternava momenti di grande pressione e persecuzione ad altri di profondo disinteresse. Ad oggi in Comunità il comportamento di cutting messo in atto dalla minore sembrerebbe essere quasi sparito, il percorso scolastico è ripreso con regolarità, ma la sua relazione con i pari è ancora piuttosto problematica perché vi è da parte di L una tendenza a erotizzare le diverse relazioni amicali e sentimentali esponendosi a situazioni pericolose, alternando l'assunzione di ruoli di vittima ad altri di aggressore.

Gli incontri con la sua famiglia, esclusivamente i suoi genitori, sono avvenuti per diverso tempo in “*luoghi neutri*” sotto l'attenta osservazione di un educatore. Oggi L può vedere i genitori con cadenza regolare ma non sono ancora stati autorizzati i suoi rientri a casa poiché il fratello, dopo un breve percorso in comunità riabilitativa, è tornato a vivere a casa con i genitori e giudicati per questo incompatibili.

Nelle sue relazioni con gli operatori della Comunità, L ha *scelto* a chi raccontare la sua storia, portando in queste relazioni tutto il suo dolore, la paura, la colpa e il suo profondo senso di solitudine. Con un'altra porzione dell'*équipe*, invece, ha mantenuto un atteggiamento difensivo di sfida e negazione che ha portato gli educatori a percepire in lei una sorta di “*impermeabilità emotiva*” che la rende inaccessibile e lontana dai legami affettivi.

3.2.1 L'assessment diagnostico

All'inizio del percorso del trattamento residenziale l'inquadramento valutativo finalizzato alla pianificazione del trattamento è stato condotto avvalendosi di una batteria diagnostica pensata in un'ottica di *Multimethod Assessment*. L'obiettivo di tale specifica metodologia è quello di comprendere il funzionamento dell'individuo attraverso diversi strumenti che possano valutare gli aspetti espliciti e impliciti del funzionamento, e che permettano di raccogliere informazioni

derivanti dai diversi vertici della rete del minore, al fine di fornire quanto più efficaci indicazioni al trattamento e avere a disposizione informazioni generali provenienti dallo sforzo di integrazione di più punti di vista.

Questo perché *«la plasticità del funzionamento mentale nell'infanzia e nell'adolescenza si riflette sulla fluidità e instabilità delle diagnosi e del loro significato psicopatologico. Tutto ciò attribuisce ancora più rilievo non solo all'accuratezza delle formulazioni diagnostiche, ma anche alla valutazione dell'evoluzione degli specifici processi di adattamento generale e di funzionamento specifico della fase di sviluppo»* (Lingiardi & Gazzillo, pag. 355). È, a tal proposito, importante prestare attenzione alla complessità dello sviluppo psicopatologico specie dell'adolescenza che ha implicazioni rilevanti sia per quanto riguarda l'identificazione di quadri diagnostici, sia per la metodologia della valutazione clinica.

Ai fini di esemplificazione clinica, in questo elaborato di tesi verranno riportati due dei test che sono stati utilizzati nella valutazione di L: un self report, che permette di comprendere gli aspetti espliciti del soggetto attraverso le risposte date in spontanea alle domande, e un test proiettivo che attraverso le narrazioni fornite consente, invece, di valutare gli aspetti impliciti del funzionamento.

3.3 Il Blacky Picture Test

Il Blacky Picture Test è un test reattivo, narrativo e tematico, ed è composto da undici tavole in bianco e nero, con riferimento specifico allo sviluppo psicosessuale, che rappresentano una famiglia di cani in situazioni diverse. La famiglia è composta da Blacky – il/la protagonista – Tippy, la mamma e il papà, e al soggetto viene chiesto di raccontare una storia in riferimento alla tavola che sta osservando. Le vignette sono le stesse sia per i ragazzi che per le ragazze, con l'unica eccezione relativa all'ordine di presentazione delle ultime due: per le femmine la presentazione della vignetta XI precede la X, come nel caso di L, e viceversa. Il test mira a osservare e comprendere quelle che sono le dinamiche della personalità in relazione ai bisogni e ai sentimenti inconsci del soggetto sulla base di ciò che viene raccontato, ed è utilizzato soprattutto con i bambini.

Il Blacky Picture Test, inoltre, si distingue da altri tipi di test per la sua capacità di non essere troppo invasivo e la semplicità nella somministrazione. Infatti, il test deve essere presentato al soggetto in modo piacevole e senza costrizione, come se fosse quasi un “gioco”. Generalmente la somministrazione dura 45 minuti ed ha inizio con la presentazione della famiglia dei cani, presente nel frontespizio delle tavole. Alla paziente viene chiesto di identificare Tippy come la

sorellina, il fratellino o eventuali cugini – in assenza di fratelli o sorelle – mentre Blacky viene definito come il figlio o la figlia a seconda del sesso del soggetto sottoposto al test: in questo caso la figlia (Cristofanelli, 2022).



La somministrazione classica del Blacky Pictures test si divide in tre fasi: la prima fase è spontanea, al soggetto viene chiesto di raccontare una breve storia per ogni vignetta e attribuirgli un titolo. La seconda fase è costituita da un'inchiesta caratterizzata da domande aperte studiate dall'esaminatore sulla base del racconto riportato, seguita da quesiti a scelta multipla nel caso in cui le risposte date dalla paziente non siano sufficientemente chiare. Infine, nella terza fase viene chiesto al soggetto di dividere le tavole in *piacevoli* e *spiacevoli* e di sceglierne una che si ritiene la preferita e una che si ritiene la peggiore, assumendo poi anche il punto di vista di Blacky per permettere un confronto tra le due risposte.

Le aree osservate trasversalmente nel protocollo sono: il riconoscimento della situazione rappresentata (un'omogeneità nei temi), lo stato emotivo di Blacky (esempio: la capacità di riconoscere ed esprimere gli stati affettivi), la qualità dell'azione in atto e la tendenza all'azione futura (capacità/incapacità di agire sulla realtà in senso progettuale), le caratteristiche della relazione di accadimento e delle figure di riferimento, e la qualità della minaccia percepita (Cristofanelli, 2022).

Il Blacky Picture test è stato quindi somministrato ad L secondo il protocollo previsto per adolescenti (Barbarotto Moso C, 1997, “Una tecnica modificata di somministrazione del Blacky e un caso clinico” in Del Corno-Lang, Psicologia Clinica, Vol III La diagnosi testologica, Franco Angeli). Per l'inchiesta di ogni tavola, le parti tra parentesi e in corsivo “es: (testo in corsivo)” sono le domande dell'inchiesta, mentre i punti di domanda (?) corrispondono a quesiti di ampliamento. Blacky, in questo caso, è stato presentato come la protagonista della storia, la figlia, inoltre, sono stati indicati e presentati sulla tavola il papà, la mamma e (senza alcuna ulteriore specificazione) Tippy.

Le tavole riportate di seguito non sono presenti tutte (cioè dalla I alla XI), in quanto sono state selezionate solo le tavole in cui le risposte di L sono risultate salienti e rilevanti.

TAVOLA I – EROTISMO ORALE: in questa tavola si valuta anche la presenza e la qualità della relazione simbiotica tra madre e figlio.



L: La M dorme, B si attacca alle tette, cerca di non svegliarla e beve il latte... quello là in fondo chi è, T o il P? Perché è lì? Forse poi arrivano

Inchiesta:

(come si sente B) ha fame ma è anche strana, nervosa, potrebbe arrivare qualcuno e potrebbero non essere al sicuro

(come si sente M) non lo so, non si capisce, sembra assente

(come andrà a finire) che quando M si sveglia, si alza e va via e forse torna; quindi, se B ha fame deve sbrigarsi

Sulla base delle risposte date da L nella prima tavola sembrerebbero emergere tre principali aspetti: il timore che L prova per via dell'avvicinamento di un potenziale pericolo (che identifica nel padre o in Tippy), la sensazione di non sentirsi al sicuro, e la presenza di un profilo materno piuttosto assente e negligente di cui L non percepisce quasi la presenza. Come visto nei capitoli precedenti, la trascuratezza si riferisce a un'insufficiente attenzione e mancanza di relazioni protettive adeguate all'età e alle esigenze di un bambino, che L infatti risente nella relazione con la madre. Oltre a ciò, emerge anche un aspetto di ipervigilanza preoccupata in L che intravede una possibile minaccia nell'arrivo dei due cani (che identifica nel fratello e nel padre) al fondo della tavola da cui ritiene di dover sfuggire.

TAVOLA III – SADISMO ANALE: in questa tavola si valuta anche la possibilità di rielaborare in termini di affermazione della propria identità l'esperienza precedente.



L: per fare un dispetto a M ha fatto i suoi bisogni tra la cuccia della M e del P

Inchiesta:

(cosa dirà mamma a B) lo sgrida e gli dice di non farlo più. Ma forse non se ne accorgerà nemmeno

(cosa dirà P a B) si arrabbierà tantissimo e chiederà alla mamma che cosa devono fare, farà decidere lei.

(come andrà a finire) tutti e due la mettono nella sua cuccia, sotto l'albero e se ne vanno, da sola e lei alla fine piange, sta male

Dalle tematiche narrative presenti in questa tavola sembrerebbe emergere un conflitto fra L e la madre e una profonda rabbia che la bambina indirizza nei confronti della figura materna, probabilmente a causa della sua assenza e trascuratezza che non fa sentire L protetta. Infatti, anche sulla base di queste risposte riaffiora l'aspetto di negligenza da parte della madre che sembra essere assecondato dalla figura di un padre violento e aggressivo che intimorisce L. Entrambi i genitori mostrano un forte disinteresse nei confronti del benessere e della cura di L, e sembrano emergere aspetti di collusione e di dipendenza reciproca. Emerge in questo caso la descrizione di una famiglia patologica e disfunzionale, all'interno del quale non sono presenti ruoli definiti o legami chiari tra i membri della famiglia.

TAVOLA V – SENSO DI COLPA PER LA MASTURBAZIONE: la tavola fa riferimento anche al vissuto del corpo come unico oggetto di investimento affettivo e fonte di identità.



L: è agitata, si sta leccando per pulirsi, è tutta sporca anche lì, giocando si è riempita di terra e non va via

Inchiesta:

(a cosa sta pensando B) che ha un po' male, per leccarsi per pulirsi bene. Non si deve far vedere (B avrà paura che possa succedergli qualcosa? cosa) sì... (?) ...beh poi arrivano e chiedono di vedere e lei non sa

(cosa dirà mamma se vede B) niente

(cosa dirà papà se vede B) non lo so

Le risposte di questa tavola sono molto rilevanti in quanto emerge come L senta il bisogno di pulirsi assiduamente nella sua zona intima in quanto si sente sporca, ma senza farsi vedere dagli "altri" componenti della famiglia che non identifica nello specifico. In questa tavola viene evidenziato come spesso, un nucleo familiare abusante e patologico, sia caratterizzato da silenzi e segreti che sovente sono ottenuti tramite l'utilizzo della forza e della coercizione e che contribuiscono ad un adattamento all'abuso e a una normalizzazione degli eventi.

Come affrontato nei capitoli precedenti (Caffaro, 2020), la supervisione da parte dei genitori nei confronti dei figli svolge un ruolo importante nel cercare di prevenire conflitti e rivalità tra fratelli che possono degenerare in comportamenti pericolosi, ma in questa situazione, non sembra esserci alcun intervento da parte dei caregiver che sembrano invece ignorare la situazione e negarla.

TAVOLA VI – ANSIA DI CASTRAZIONE: la tavola è rilevante per la dimensione dell'angoscia di castrazione solo se la personalità ha acquisito una certa strutturazione; piuttosto mobilità angosce primarie relative all'integrità del sé.



L: non capisco... cosa sta succedendo? Ma è un coltello?...

Inchiesta:

(come si sente B) sembra felice, muove la coda, ma ha anche paura secondo me. È qualcosa di bello ed eccitante insieme che fa paura ma piace

(come si sente T) non vede niente

(cosa potrebbe fare B) scappare

(chi sta facendo questo) forse è papà che giocava con i coltelli e poi T ha fatto qualcosa e allora poi tutto è diventato un casino...

(come andrà a finire) non credo bene, forse poi toccherà anche a B. magari T si arrabbierà e vorrà farlo anche a B e tanto nessuno vede e lo ferma

Da queste risposte emerge subito un aspetto ambivalente e dissonante, in quanto L definisce la situazione rappresentata come qualcosa che al tempo stesso sembrerebbe essere per lei eccitante ma anche paurosa, di fronte al quale ritiene opportuno scappare per evitare di essere la vittima successiva.

Nel primo capitolo affrontando il tema del *sibling abuse* (Caffaro, 2020), è emerso come di frequente, in situazioni familiari disfunzionali, le modalità dei familiari vengano interiorizzate dai figli, ed è possibile che in alcuni casi l'abuso fisico condotto da parte di un fratello nei confronti di un altro non sia altro che un atto compensativo, finalizzato a indirizzare all'Altro la rabbia destinata ai genitori. Questo aspetto sembra emergere nella situazione familiare descritta da L, in quanto il rapporto tra il padre e il figlio maggiore è piuttosto violento, caratterizzato spesso da forti liti e maltrattamenti che il fratello maggiore di L, in un momento successivo, sembrerebbe riflettere su di L.

TAVOLA VII – IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA



L: gli sta dicendo di stare fermo e zitto

Inchiesta:

(come si sente B) non è per niente tranquilla

(B sta imitando qualcuno, assomiglia a qualcuno) non so.... Forse ha visto fare così

(come andrà a finire) che il cane giocattolo resta a darle fastidio

(cosa vorrebbe fare B se si trovasse al posto dell'altro, del cagnolino di legno) andarsene via o restare

Anche da questa ultima risposta L appare confusa e impaurita e non sembra riuscire a dare un riscontro coerente. Non sa come comportarsi in una situazione familiare caratterizzata da comportamenti di disregolazione emotiva e comportamentale.

TAVOLA IX – SENSI DI COLPA: in questa tavola si può risalire alla qualità dell'oggetto interno e dell'immagine di sé.



L: ha paura...

Inchiesta:

(chi è la figura della nuvoletta) un cane angelo

(cosa potrebbe essere successo) ha fatto un sogno, prima di addormentarsi aveva fatto una cosa brutta

(la figura gli ricorda qualcuno) il fratello, la sgrida perché ha fatto la spia

(cosa potrebbe fare B ora) non lo sa

(come andrà a finire) bene, si comporterà meglio

Nelle risposte date da L sulla base delle diverse tematiche narrative delle tavole, come in questo caso, è evidente come emerga un profondo stato di paura e timore. Dai racconti della minore raccolti in Comunità, è emerso come il fratello maggiore abbia più volte esercitato su di lei una grande forza, tale al punto da averla costretta ad avere un rapporto orale con lui ed averla esposta alla visione di contenuti pornografici e a scene di masturbazione in compagnia degli amici del fratello. Di fronte a tale situazione, imprigionata in un contesto di negazione e assenza, L è costretta a mantenere il segreto e convivere con la sua paura e il senso di colpa.

TAVOLA XI – IDEALE POSITIVO DELL'IO



L: un cane femmina grande, un po' somiglia a B

Inchiesta:

(*come si sente B*) non riesce a muoversi

(*come lo vede, che caratteristiche*) ferma, non riesce a muoversi anche se è sveglia

(*somiglia a qualcuno l'immagine del sogno*) a sé stessa ma lei sente che è troppo per lei

(*è contento di questo sogno*) no ma non sa perché.

In questa ultima tavola L descrive la sua incapacità di muoversi, il suo essere bloccata. Come anticipato da alcuni autori nel capitolo precedente (Steel, Van de Hart, Boon, 2014; Van der Kolk, 2015; De Zulueta, 2009, Boon et al., 2017) solitamente il soggetto quando è sottoposto ad una attivazione costante mantenuta nel tempo, di fronte a situazioni di stress e trauma, nel corpo si attiva una condizione di anestesia, di forte rigidità che lo rende un blocco unico. La minore non riesce a identificarsi in una sé futura e non sembrerebbe essere in grado di ragionare in un'ottica di progettualità.

3.4 Il TSCC: trauma symptom checklist for children

Il secondo test che è stato somministrato ad L è il TSCC (Briere, Elliott, Harris & Cotman, 1995), cioè uno strumento self report interessato a indagare il *distress post-traumatico* e la connessa sintomatologia psicologica. È indicato per la valutazione dei minori, dagli 8 ai 16 anni che hanno sperimentato eventi traumatici: compresi abuso fisico e sessuale, gravi perdite, una vittimizazioni da parte dei pari (per esempio aggressioni fisiche o sessuali), l'aver assistito a violenze commesse su altri o essere stati coinvolti in disastri naturali (Briere, Di Blasio, Picollo, Traficante, 2011). Il TSCC è stato messo a punto per colmare la relativa carenza di strumenti atti a rilevare traumi generali nei bambini, e valuta le risposte di quest'ultimi a eventi traumatici aspecifici in relazione a differenti domini di sintomi. Il TSCC è disponibile in due versioni: la prima è quella completa composta da 54 item che forniscono due scale di validità (Ipo-risposte e Iper-risposte), sei scale cliniche: **Ansia**, **Depressione** (Freeman, Mokros e Poznanski, 1993; Lanktree, Briere e Zaidi, 1991; Martinez e Richters, 1993; Pynoos e Eth, 1985); **Rabbia** (Redrich, Beilke e Urquiza, 1988; Shakoore e Chalmers, 1991); **Stress post-traumatico**, **Dissociazione (con due subscale)** (Boney-McCoy e Finkelhor, 1995; Breslau, Davis e Andreski, 1991; Green et al., 1991; Singer et al., 1995; Wolfe, Gentile e Wolfe, 1989); **Interessi sessuali (con altre due subscale)** (Friedrich, 1993; 1994; Gale et al., 1988; Kolko, Moser e Weldy, 1988) – dove spesso nelle vittime di abuso sessuale si parla di comportamenti sessuali inappropriati – e otto item critici. La versione alternativa (denominata TSCC-A) è composta, invece, da 44 item che non indagano temi di natura sessuale ed è costituito da 7 item critici (Briere, Di Blasio, Picollo, Traficante, 2011).

Gli item del TSCC sono contenuti in un fascicolo a cui il soggetto risponde autonomamente e direttamente. Alla paziente viene presentata una lista di pensieri, sentimenti e comportamenti a cui viene chiesto di segnare quanto spesso ciascuna di queste cose le accade. Ogni item viene valutato su una scala a 4 punti: da 0, “mai”, a 3, “quasi sempre”. La versione completa del TSCC viene compilata, solitamente, in 15-20 minuti (Briere, Di Blasio, Picollo, Traficante, 2011).

Quindi è formato da sei scale cliniche, tra cui:

- **Ansia (ANS):** ansia generalizzata, iperattivazione e paure specifiche; episodi di ansia fluttuante e un senso di pericolo imminente
- **Depressione (DEP):** sentimenti di tristezza, infelicità e solitudine; episodi di crisi di pianto; pensieri depressivi come senso di colpa e autodenigrazione; autolesionismo e tendenze suicidarie
- **Rabbia (RAB):** pensieri, sentimenti e comportamenti connotati da rabbia, compresi il sentirsi furiosi, sentirsi cattivi e sentire di odiare gli altri; avere difficoltà nello smorzare la rabbia; voler urlare o far male alle persone; litigare e lottare
- **Stress post-traumatico (PTS):** sintomi post-traumatici, compresi pensieri intrusivi, sensazioni e ricordi di eventi passati dolorosi; incubi; paure e evitamento cognitivo di sentimenti dolorosi.
- **Dissociazione (DIS):** sintomatologia dissociativa, compresa derealizzazione; mente vuota; stordimento emozionale; sensazione di far finta di essere qualcun altro o da qualche altra parte; sogni a occhi aperti; problemi di memoria ed evitamento dissociativo. Ha due subscale: **DIS-A (Dissociazione Aperta)** e **DIS-F (Fantasia)**
- **Interessi sessuali (IS):** pensieri o sensazioni sessuali che sono atipici quando appaiono prima del previsto e più frequentemente del normale; conflitti sessuali; risposte negative a stimoli sessuali e paura di essere sessualmente sfruttati. Ha due subscale: **IS-P (Preoccupazioni sessuali)** e **IS-D (Distress sessuale)** (Briere, Di Blasio, Picollo, Traficante, 2011).

È opportuno sottolineare come, in questo contesto di valutazione di bambini e adolescenti, in una fase di assessment iniziale precoce, il TSCC non viene utilizzato solo a fini diagnostici ma serve per andare a valutare cosa, il soggetto sottoposto al test, è in grado di riconoscere e raccontare del proprio vissuto. Quindi in questa batteria di test, il self report viene anche utilizzato per comprendere il grado di consapevolezza del soggetto e non solo a fini diagnostici. È importante da un punto di vista clinico in quanto consente di andare a valutare il funzionamento esplicito del paziente e la sua coerenza.

Item	Descrizione	Scale	ANS	DEP	RAB	PTS	DIS	IS	IS-4	IS-5
1	Fare brutti sogni o incubi	0 1 2 3	X							
2	Avere paura che possa accadere qualcosa di brutto	0 1 2 3	X							
3	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
4	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
5	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
6	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
7	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
8	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
9	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
10	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
11	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
12	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
13	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
14	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
15	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
16	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
17	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
18	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
19	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
20	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
21	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
22	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
23	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
24	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
25	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
26	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
27	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
28	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
29	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
30	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
31	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
32	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
33	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
34	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
35	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
36	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
37	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
38	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
39	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
40	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
41	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
42	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
43	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
44	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
45	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
46	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
47	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
48	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
49	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
50	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								
51	Non sentirsi mai solo	0 1 2 3								

Dall’analisi delle risposte al test sembrerebbe emergere una maggiore propensione da parte di L all’assegnazione di punteggi bassi ai diversi item. Infatti, la Scala di Contenuto degli item di Validità Ipo-risposte (IPO): cioè, item che hanno ricevuto la risposta “mai” (0) risulta elevata. Questo evidenzia la presenza di una modalità di risposta genericamente orientata sui valori bassi che sottolinea un profilo tendente alla negazione, o il bisogno di apparire insolitamente libera dai sintomi. Invece, la scale delle Iper-risposte (IPER), cioè quegli item che hanno ricevuto un punteggio elevato, “quasi sempre” (3) non mostrano rilevanze particolari in quanto non compaiono in maggioranza. Tra questi sono presenti l’item 1: “fare brutti sogni o incubi”; l’item 2: “avere paura che possa accadere qualcosa di brutto”; l’item 7: “sentirsi solo”; l’item 13: “avere voglia di urlare e di rompere le cose”; l’item 20 “avere voglia di farti del male”; l’item 27 “sentirti stupido o cattivo”; l’item 42 “avere la sensazione di non piacere a nessuno” e, infine, l’item 51 “desiderare che le brutte cose non siano mai accadute”.

Le scale relative all’ansia (ANS), alla depressione (DEP) e alla rabbia (RAB) mostrano dei valori clinici limite alta norma, cioè dei punteggi compresi tra 65 e 70. Mentre la scala relativa allo Stress Post-Traumatico (PTS) non risulta positivo, ma sottosoglia, e di conseguenza crea dei problemi per quanto riguarda la diagnosi secondo i criteri definiti dal DSM-5, aspetto che fa riflettere molto sulla complessità della diagnosi nei giovani esposti a tali contesti. Anche per quanto riguarda la scala relativa alla dissociazione (DIS) i risultati del self report non sembrerebbero rilevare una sintomatologia dissociativa presente in L. Infine, la scala relativa agli interessi sessuali (IS) mostra ulteriormente una tendenza alla negazione con punteggi bassi.

Dall'osservazione delle risposte presenti al test, si può evidenziare un'elevata presenza di ansia, depressione e rabbia. Tali emozioni sono comuni nei bambini vittime di abuso sessuale, in quanto, come emerso dalla letteratura, è possibile che in alcuni casi, le vittime di abuso sessuale si attribuiscono la colpa per l'atto subito e questo genera stati depressivi, un abbassamento dell'autostima e promiscuità sessuale. Infatti, nell'item 28 "avere la sensazione di aver fatto qualcosa di sbagliato" L ha risposto con un punteggio piuttosto alto: "molte volte" (2). Inoltre, l'assenza di un ambiente sicuro durante l'infanzia, come nel caso di L, può creare forti problemi nella gestione della rabbia e deficit nella regolazione emotiva che rendono difficile in L stabilire dei contatti regolari con i coetanei. Inoltre, dalle risposte al test emerge nella minore una forte paura nei confronti delle figure maschili, in quanto nell'item 24 "avere paura degli uomini" L risponde con "molte volte" (2), a differenza dell'item successivo 25 "avere paura delle donne" a cui L risponde con "mai" (0). Non sembrerebbero emergere, invece, aspetti dissociativi in L o problemi di memoria: al contrario L sembra ricordare i diversi eventi e narrarli in modo coerente.

L'aspetto, però, più rilevante è la mancata diagnosi di disturbo da Stress Post-traumatico in L e la tendenza alla negazione. Questo permette di riflettere rispetto a quanto sia difficile in bambini con tali disturbi e complessità avere una diagnosi precisa e l'utilizzo di sistemi di classificazione in grado di rilevare l'aspetto reale di difficoltà e di trauma. Questo perché, anche l'ultima edizione del DSM, cioè il DSM 5, contiene cinque diagnosi di disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti che però trova difficile "inquadrare" e categorizzare i bambini e gli adolescenti con episodi di abuso e maltrattamenti sottoposti a sistemi di accudimento inadeguati (Spinazzola, Ford, Zucker, Van der Kolk, Silva, Blaustein, 2005 et. Bremness, 2014). Sovente questi bambini non ricevono diagnosi, oppure ricevono diagnosi sbagliate o inaccurate, perché a seguito di eventi traumatici mostrano aspetti di disregolazione emotiva, affettiva e comportamentale che fanno pensare a diagnosi quali, ad esempio: disturbo oppositivo provocatorio, disturbi d'ansia, disturbo bipolare o disturbi della condotta (Spinazzola, Ford, Zucker, Van der Kolk, Silva, Smith e Blaustein, 2005). A tal proposito, per cercare di affrontare queste limitazioni, alcuni clinici e ricercatori, tra cui Van der Kolk (2005), hanno proposto l'introduzione della diagnosi di *disturbo post-traumatico complesso* (cPTSD): traumi complessi che si ripetono nel tempo e che spesso sono di natura interpersonale, quali episodi di abuso o maltrattamento, che possono avere un impatto rilevante sull'individuo, specie se avvengono in età evolutiva, causando stati di dissociazione e alterazione dell'identità (Lingiardi & Gazzillo). Attualmente il Trauma Complesso (cPTSD) non ha una diagnosi ufficiale nei sistemi di diagnosi tradizionali (DSM-5), ma il suo riconoscimento è al centro di un dibattito scientifico da parte di alcuni autori.

3.5 Riflessioni sul caso clinico di L

Sulla base delle osservazioni fatte nei confronti del caso clinico di L, è possibile effettuare diverse considerazioni rispetto al suo profilo diagnostico. L, nasce dunque all'interno di un contesto familiare fortemente patologico e assente, dentro al quale i membri della famiglia non sembrano avere limiti chiari o una struttura gerarchica definita e, soprattutto, sembrano privi di connessioni e legami: la madre di L appare trascurante e non accudente, non mostra una responsività nei confronti dei figli e una mancanza di relazioni protettive, si mostra disinteressata e affaticata da un quadro depressivo, e sembra colludere con la figura paterna. Il padre risulta essere violento, specie nei confronti del fratello maggiore di L, con trascorsi di tossicodipendenza e abuso di alcol; spesso mostra scatti d'ira che sembrano intimorire e spaventare i figli e alterna momenti di grande disregolazione emotiva ad altri di dipendenza psicologica totale dalla moglie. Il legame con i fratelli è piuttosto complesso, L e i fratelli sono spesso lasciati da soli in casa perché i genitori lavorano molto e sono assenti, e questo li costringe a passare molto tempo insieme, ma in particolar modo sono spesso da soli il fratello maggiore e L, in quanto il fratello minore è accudito dai nonni per la maggior parte del tempo.

Il fratello maggiore di L, successivamente al periodo di lockdown sembra mostrare una situazione di estrema fragilità a seguito dei maltrattamenti, delle violenze verbali da parte del padre e di un clima emotivo piuttosto turbolento e compromesso, che sembrerebbe affrontare attraverso l'assunzione di sostanze e un abuso eccessivo di alcol, e la messa in atto di comportamenti devianti e criminali con la sua compagnia di amici e di comportamenti abusanti nei confronti di L (attraverso l'uso della forza e della coercizione). Infatti, di solito, per fare fronte a stati eccessivi di angoscia derivanti da un ambiente di vita inadeguato, un bambino maltrattato e trascurato è possibile che si possa rifugiare in pratiche di autoerotismo consolatorio e in fantasie a carattere perverso che possono condurre a comportamenti sessuali errati e abusanti. Questo quadro comportamentale sembra essere presente sia nel fratello maggiore che in L che sembra mettere in atto comportamenti di masturbazione compulsiva e mal celata e lividi e tagli presenti su braccia e gambe.

Dalle risposte ad entrambi i test emerge da parte di L un profondo timore nei confronti delle figure maschili, che riporta spesso e inconsapevolmente alla figura del padre e del fratello. La madre non viene quasi mai presa in considerazione invece. Successivamente al periodo del lockdown, L appare sempre più chiusa e scarsamente accessibile alla relazione e al contatto. Infatti, il profilo della minore è fortemente compromesso, sembra presentare delle difficoltà nel controllo degli impulsi, come pratiche di masturbazione compulsiva e atti autolesionisti, e un deficit nella

regolazione delle emozioni che le impedisce di instaurare relazioni interpersonali con le sue compagne di scuola. Sulla base della letteratura analizzata nei capitoli precedenti (Van der Kolk, 2015) è stato evidenziato come spesso, una trascuratezza primaria grave e dei maltrattamenti, possono condurre a problemi di comportamento a scuola nelle vittime e sono causa di problemi con i coetanei e assenza di empatia nei confronti del disagio degli altri, aspetto che probabilmente deriva anche da una mancata sintonizzazione primaria con i propri caregivers. Questo pattern comportamentale sembrerebbe poi portare a comportamenti oppositivi e dirompenti associati a un mancato contenimento da parte dei genitori.

Inoltre, specie nel secondo test, emerge in L un profilo di negazione piuttosto marcato che evidenzia anche un aspetto di ipervigilanza e tentativo di ipercontrollo derivanti da uno stile di attaccamento fortemente disorganizzato ed evitante e da un contesto familiare violento. Questo aspetto di negazione è piuttosto importante in quanto evidenzia che L, abituata a un contesto abusante e coercitivo, si ritiene colpevole dell'accaduto e tende a normalizzare i vissuti di cui è stata vittima per anni, definito nei capitoli precedenti come "*adattamento all'abuso*". Questo perché, per ogni individuo è molto difficile vivere senza oggetti d'amore o accettare che coloro che vengono identificati come oggetti d'amore siano gli stessi a causare una profonda sofferenza e dolore. Di conseguenza questo crea spesso sensi di colpa e vergogna nelle vittime, come in L, che ritiene di non essere adeguata. Nella minore emergono, dunque, una commistione di sentimenti negativi quali rabbia, solitudine, sensi di colpa, paura e dolore, elementi che non sembrerebbero contribuire però alla diagnosi di Stress post-traumatico. Infatti, di fronte a situazioni di giovani con diagnosi così complesse, è spesso necessario approfondire e migliorare la diagnosi attraverso degli strumenti che prendano in considerazione più piani e più aspetti come sottolineato in precedenza.

CONCLUSIONI

La storia di L ha permesso di evidenziare quanto sia necessario conoscere le diverse dinamiche del fenomeno dell'abuso sessuale intrafamiliare al fine di attuare interventi precoci e minimizzare i fattori di rischio della vittima e del contesto familiare. Nel caso di L, l'allontanamento da casa è avvenuto a seguito di diverse segnalazioni da parte dell'istituto scolastico, e, complice anche il periodo pandemico che non ha agevolato le tempistiche, è avvenuto a fronte di situazioni evidenti di estrema fragilità e difficoltà da parte di ogni membro del nucleo familiare. La situazione di L è infatti aggravata da un contesto patologico caratterizzato da aspetti di collusione, silenzi e negazione, seguiti da un'assenza di norme, valori e posizioni chiare e definite tra i diversi componenti. Innumerevoli fattori di rischio che nel corso del tempo hanno contribuito a compromettere il funzionamento della bambina.

Di fronte a situazioni emotivamente disturbanti quali episodi di abuso sessuale intrafamiliare, il pericolo è che la vittima, pur di non negare i propri oggetti d'amore, metta in atto dei meccanismi di difesa tali da permetterle un adattamento all'abuso, e rendere così difficoltosa un eventuale diagnosi e indicazione al trattamento. Nel caso della minore, infatti, emerge come sulla base delle analisi delle risposte al test del TSCC, non sembri risultare positiva alla scala e al profilo di PTS, cioè dei sintomi post-traumatici, compresi pensieri intrusivi, sensazioni e ricordi di eventi passati dolorosi. Questo sembrerebbe evidenziare la necessità, in presenza di giovani con diagnosi così complesse dell'utilizzo di metodi quali il *Multimethod Assessment*, caratterizzato dall'impiego di più strumenti che permettono di andare ad indagare diverse aree di funzionamento del soggetto, cioè l'aspetto implicito ed esplicito, prendendo in considerazione i diversi vertici della rete del minore. Tutto ciò al fine di avere a disposizione una diagnosi quanto più accurata possibile e un indicazione al trattamento precoce. Infatti, mentre nel TSCC (self report) la paziente rivela un profilo tendente alla negazione, nel Blacky Picture Test (test proiettivo) le risposte della paziente permettono una maggiore comprensione delle dinamiche presenti nel sistema familiare. Com'è stato possibile vedere dal secondo capitolo e dall'analisi di alcuni autori (Van der Kolk, 2015), le conseguenze del trauma sulle vittime sono molteplici e incidono su diversi aspetti della vita dell'individuo a causa di diverse difficoltà nella regolazione delle emozioni, dei comportamenti e degli impulsi che rendono complesso stabilire rapporti interpersonali con i propri coetanei. Con questo elaborato ho voluto, dunque, evidenziare l'importanza della prevenzione nei confronti delle vittime di abuso sessuale intrafamiliare che devono cercare di recuperare quanto più possibile di perso, e che nella maggior parte dei casi, rimangono fortemente scosse da vissuti traumatici indelebili.

BIBLIOGRAFIA

- Asgeirsdottir, B., Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., & Sigfusdottir, I. D. (2010). *Protective processes for depressed mood and anger among sexually abused adolescents: The importance of self-esteem*. *Personality and Individual Differences*, 49, 402–407.
- Barlow, D. H. (1986). *Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140–148
- Birraux, A., (2004). *Psicopatologia del bambino*. Roma: Borla.
- Bremness, A. (2014). *Commentary: Developmental Trauma Disorder: A Missed Opportunity in DSM V*. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 23, n. 2, pp. 144–147, 2014.
- Briere, J., Elliott, D. M. (1993). *Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 284–288.
- Briere, J. Di Blasio, P. Picollo, M. Traficante, D. (2011). *TSCC. Trauma symptom checklist for children. Valutazione delle conseguenze psicologiche di esperienze traumatiche*. Italia: Erickson.
- Caffaro, J. (2020). *Sibling abuse of other children*. In R. Geffner, V. Vieth, V. Vaughan-Eden, A. Rosenbaum, L. Hamberger, & J. White (Eds.), *Handbook of interpersonal violence across the lifespan* (pp.1-28). Publisher: Springer.
- Cristofanelli, S. (2022). *Il Blacky Picture Test*. Materiale didattico formativo unpublished.
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P. A. (2000). *The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature*. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 291–328.
- De Leo, G., Cuzzocrea, V., Di Tullio D'Elisiis, M.S., Lepri G.L. (2001). *L'abuso sessuale sui minori. Rassegna Penitenziaria e criminologica. Numero 1,3* (pp.1-27).
- Di Blasio, P. (2000) *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna, Il Mulino.
- Di Gregorio, L., (2016). *La voglia oscura: pedofilia e abuso sessuale*. Firenze: Giunti.
- Fergusson, D.M., Mullen, P.E. (2004). *Abusi sessuali sui minori: Un approccio basato sulle evidenze scientifiche*. A cura di Caffo, E. Torino: Centro scientifico editore.
- Finkelhor, D., & Williams, L. (1988). *Nursery crimes: Sexual abuse in day care*. Newbury Park, CA: Sage.
- Giordano, M. (2016). *Abuso sessuale e dinamiche familiari*. Francavilla al mare: Edizioni Psiconline.

- Gelinas, D. J., Herman, J. L., Russell, D., & Trocki, K. (1996). *Long-term effect of incestuous abuse in childhood*. American Journal of Psychiatry, 143 (10), 1293-1296.
- Hackett, S. (2014). *Children and young people with harmful sexual behaviours: Research Review*. Dartington: Research in Practice.
- Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi: Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Marcelli, D., Cohen, D. (2012). *Psicopatologia del bambino*. Milano: Edra.
- Montecchi, F. (1994). *Gli abusi all'infanzia: Dalla ricerca all'intervento clinico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Mugnier, J. (2022). *L'abuso sessuale in famiglia: quando chi abusa è un fratello*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Petruccelli, I. (2002). *L'abuso sessuale infantile: L'intervento con i bambini*. Roma: Carocci editore.
- Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2018). *The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review*. Sexual Medicine Reviews, 6(2), 188–200.
- Spinazzola, J., Ford, J.D., Zucker, M., Van der Kolk, B., Silva, S., Smith, S. F., e Blaustein, M. (2005). *Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and interventions among children and adolescents*. Psychiatry Annals, vol. 35, n. 5, pp. 433–439, 2005.
- Steel, K. Boon, S. Van de Hart, O. (2017). *La cura della dissociazione traumatica. Un approccio pratico e integrativo*. Mimesis ed.
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*. Bologna: Il Mulino.

SITOGRAFIA

- Ammaniti, M. (2015). *Abuso e trascuratezza nell'infanzia: implicazioni cliniche. Infanzia e Adolescenza. Vol. 14 N. 1.* Disponibile in:
<https://www.infanziaeadolescenza.it/archivio/1862/articoli/20336/>
- Bernardi, L. (2018). *Maltrattamento e genitorialità in ottica transgenerazionale.* Disponibile in:
<https://www.stateofmind.it/2018/12/maltrattamento-genitorialita/>
- Cirillo, G. 2021. *Il bambino trascurato. Ric&Pra. Vol. 17 N. 2.* Disponibile in:
<https://www.ricercaepratica.it/archivio/3589/articoli/35728/#:~:text=Trascuratezza%20intesa%20come%20negligenza%20genitoriale,non%20l'hanno%20mai%20fatto>
- Costantini, S. (2022). *Il corpo: la perdita dopo il Trauma/strumento di cura.* Disponibile in:
<https://www.stateofmind.it/2022/05/trauma-terapia-corpo/>
- Micalizzi, C. (2017). *Le conseguenze a breve e a lungo termine prodotte dalle esperienze violente: il mondo delle rappresentazioni mentali della vittima di maltrattamento infantile.* Disponibile in: <https://www.stateofmind.it/2017/02/maltrattamento-infantile-conseguenze/>
- Pradella, C. (2021). *L'azione del trauma in età evolutiva: una spiegazione clinica in ottica neurocostruttivista.* Disponibile in: <https://www.stateofmind.it/2021/04/trauma-eta-evolutiva/>
- Riboli, G., Grossi, T., Borlimi, R., fluDsex, (2022). *Female sex offender: il fenomeno delle donne abusanti.* Disponibile in: <https://www.stateofmind.it/2022/10/female-sex-offender/>
- Senato della Repubblica. Camera dei deputati. *Allegato A. XVII legislatura. Documentazione per le Commissioni Riunioni interparlamentari. I reati di violenza sessuale. Legislatura 17^a Dossier n. 29, 3 marzo 2014.* Disponibile in:
https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione2-h3_h32

RINGRAZIAMENTI

Mi piacerebbe concludere la stesura di questo elaborato prendendomi un piccolo spazio per ringraziare le persone che mi sono state vicine in questo percorso di grande crescita personale.

I miei primi ringraziamenti li vorrei porgere alla mia relattrice, la Professoressa Laura Ferro, che nel corso di questo intero anno mi ha seguito con attenzione e cura ed è stata per me fonte di grande ispirazione e insegnamento.

Non posso che ringraziare la mia famiglia, che in questi anni mi ha supportata e sopportata nel raggiungimento dei miei obiettivi con grande amore e disponibilità, e senza la quale il mio percorso non sarebbe stato così suggestivo. In particolar modo grazie a mio papà, a mia mamma, a mio fratello Matteo e alla sua fidanzata Francesca che hanno creduto in me.

Un immenso grazie alle mie coinquiline e future colleghe: Jessica, Sara e Sara, con cui ho avuto modo di condividere i migliori momenti di questo percorso e che sono state al mio fianco fin dall'inizio tra momenti di immensa gioia e di difficoltà. Abbiamo imparato ad esserci l'una per l'altra e a sostenerci nei nostri traguardi. Ma grazie anche ai miei compagni di corso e alle nuove amicizie che ho stretto ad Aosta, da cui ho avuto modo di imparare qualcosa e che saranno parte di un bagaglio di ricchezza che mi porterò dietro.

Un grazie alle mie amiche di sempre che hanno trovato il modo di starmi vicino nonostante la lontananza, gli impegni e le diverse strade intraprese e con cui ho modo di confrontarmi quotidianamente in esperienze diverse.

Un ringraziamento finale, e necessario, vorrei dedicarlo a Mattia, la persona con cui sto avendo la possibilità di crescere giorno per giorno da diverso tempo, che in questi tre anni ha saputo regalarmi serenità e stabilità e con cui sto raggiungendo dei piccoli traguardi.

Mi piacerebbe dedicare questa tesi a ogni persona citata, e in particolar modo alla mia Famiglia: il mio porto sicuro. Mi auguro di conservare nel tempo il ricordo di questi tre anni di crescita e ricchezza che custodirò con cura e che porterò con me nella mia futura professione e incontro con l'Altro.