

## VITE IN BILICO

Indagine retrospettiva  
su maltrattamenti  
e abusi in età infantile

a cura di Donata Bianchi e Enrico Moretti

QUESTIONI **e** DOCUMENTI

QUADERNI DEL CENTRO NAZIONALE DI DOCUMENTAZIONE  
E ANALISI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

MINISTERO  
DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE



centro nazionale  
DI DOCUMENTAZIONE E ANALISI  
PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA



Firenze  
Istituto degli Innocenti



# QUESTIONI e DOCUMENTI

Quaderni  
del Centro nazionale  
di documentazione  
e analisi per l'infanzia  
e l'adolescenza



## VITE IN BILICO

**Indagine retrospettiva  
su maltrattamenti  
e abusi in età infantile**

Firenze  
Istituto degli Innocenti  
*ottobre 2006*



Ministero della Solidarietà Sociale  
Direzione generale per la famiglia, i diritti sociali e la responsabilità sociale delle imprese (CSR)



Centro nazionale  
di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza

### **Comitato scientifico**

Marina D'Amato, Presidente  
Giovanni Daverio  
Mario Dupuis  
Aurora Lusardi  
Ermenegildo Ciccotti, Coordinatore attività scientifiche

## **Questioni e Documenti 40**

### **VITE IN BILICO**

#### **Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile**

*A cura di Donata Bianchi e Enrico Moretti*

#### **Direttore scientifico**

Marina D'Amato

#### **Redazione**

*Coordinamento editoriale*

Aldo Fortunati

#### **Contributi**

Chiara Barlucchi, Donata Bianchi, Roberta Luberti, Marinella Malacrea, Enrico Moretti,  
Annalisa Tonarelli, Marco Zelano

#### **Realizzazione editoriale e grafica**

Anna Buia, Cristina Caccavale, Barbara Giovannini, Maria Cristina Montanari, Paola Senesi



Istituto degli Innocenti - Piazza SS. Annunziata 12 - 50122 Firenze  
tel. +39 055 2037343 - fax +39 055 2037344  
e-mail [cnda@minori.it](mailto:cnda@minori.it) • sito web [www.minori.it](http://www.minori.it)

*La presente pubblicazione è stata realizzata dall'Istituto degli Innocenti di Firenze in attuazione della convenzione stipulata con il Ministero della Solidarietà Sociale per l'implementazione delle attività del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Tutta la documentazione prodotta dal Centro nazionale è disponibile sul sito web [www.minori.it](http://www.minori.it). La riproduzione è libera, con qualsiasi mezzo effettuata compresa la fotocopia, salvo citare la fonte e l'autore.*

# SOMMARIO

- v **PREMESSA**  
*Ermenegildo Ciccotti*

## Vite in bilico Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile

### LE PREMESSE TEORICHE

---

- 3 - Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine  
(*Marinella Malacrea*)
- 73 - Caratteristiche degli effetti a lungo termine della violenza subita in età minore  
(*Roberta Luberti*)
- 127 - Violenza assistita: un maltrattamento dimenticato. Caratteristiche del fenomeno e conseguenze  
(*Roberta Luberti*)

### LA RICERCA

---

- 153 - Lo staff della ricerca
- 155 - Metodologia e organizzazione della ricerca  
(*Chiara Barlucchi, Marco Zelano, Enrico Moretti*)
- 187 - Il contesto della ricerca  
(*Donata Bianchi*)
- 215 - I principali risultati della ricerca  
(*Donata Bianchi*)
- 263 - Analisi dei profili di gravità  
(*Marinella Malacrea*)
- 303 - Le conseguenze a lungo termine nell'esperienza delle donne: alcune riflessioni sui dati della ricerca  
(*Roberta Luberti*)

IV 325 - Percorsi formativi, lavorativi e relazionali:  
l'effetto del maltrattamento e dell'abuso  
nella dimensione sociale dei soggetti  
(*Annalisa Tonarelli*)

361 - Considerazioni conclusive  
(*Donata Bianchi*)

#### APPENDICE

377 - La ricerca e il contesto: il rapporto con le donne,  
l'impatto umano e culturale dai commenti delle ricercatrici  
(*Donata Bianchi*)

401 - La valutazione dell'intervista da parte delle donne contattate

403 - I dati  
(*Chiara Barlucchi, Marco Zelano, Enrico Moretti*)

465 - Riferimenti bibliografici

# PREMESSA

**Ermenegildo  
Ciccotti**

*Coordinatore  
attività scientifiche  
del Centro nazionale  
di documentazione  
e analisi per l'infanzia  
e l'adolescenza*

La ricerca *Percorsi di vita: dall'infanzia all'età adulta. Formazione, lavoro, relazioni affettive e familiari, salute e violenza* è stata realizzata in attuazione del punto 9 delle Azioni di sistema individuate dal Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2003-2004, nel quale si esprimeva la necessità di «avviare un'organica ricerca “retrospettiva” sulle vittime di abuso sessuale (analisi della prevalenza)».

In considerazione delle finalità istituzionali e delle molteplici aree di interesse in materia di bambini e adolescenti che sono proprie del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, nell'impostare il lavoro di ricerca si è scelto di non limitare la raccolta dei dati alle sole esperienze pregresse di violenza infantile, bensì di ampliare lo sguardo anche alla raccolta di notizie su altre dimensioni attinenti la formazione della personalità e dell'identità dei soggetti. L'obiettivo che ci si è posti, infatti, è stato quello di raccogliere elementi di conoscenza utili alla programmazione delle politiche di prevenzione e contrasto del fenomeno alla luce di una lettura complessa delle esperienze traumatiche infantili, colte in tutta la complessità dei percorsi di vita degli individui.

I dati ottenuti non riflettono sempre pienamente ciò che l'esperienza clinica è andata convalidando nel corso degli ultimi anni. Alcuni scostamenti rispetto ai modelli teorici di riferimento sono da considerarsi l'esito interessante di un'esplorazione condotta non su gruppi “selezionati” di pazienti, ma su un campione di popolazione normale che ha reagito alla propria esposizione a varie forme di maltrattamenti o abusi anche attraverso l'attivazione di capacità e risorse di resilienza.

Le configurazioni più critiche appaiono nella lettura dei dati relativi ai profili di gravità, che esasperano talvolta gli aspetti rilevati e commentati a livello generale, portando alla luce condizioni molto più serie e complesse.

Questa ricerca vuole essere un contributo al riconoscimento sociale del danno generato dalla violenza: troppo spesso, infatti, si sottovaluta il ruolo delle inadeguate risposte del contesto sociale quale ulteriore agente di sofferenza, rabbia e disperazione sia nei bambini la cui vittimizzazione non viene riconosciuta, sia nelle vittime adulte, stigmatizzate o screditate.

La risposta da parte del sistema dei servizi e delle istituzioni di tutela influenza la capacità di resilienza di un bambino e la gravità degli effetti del trauma: è quindi fondamentale che essa sia coerente e tempestiva e che non ci si sottragga al confronto e alla valutazione continui sulla bontà e sull'efficacia degli interventi messi in atto.

Amministrazioni centrali, enti locali, istituzioni e realtà del terzo settore sono soggetti che nel corso dell'ultimo decennio hanno indi-

rizzato risorse importanti verso finalità di prevenzione e di protezione, e tanti passi avanti sono stati compiuti, ma, come in tutte le cose, anche le conquiste che riguardano questo settore non devono essere mai date per scontate e come acquisite una volta per tutte.

È necessario presidiare il lavoro che è stato realizzato sino a oggi e proseguire nell'impegno teso alla costruzione di un futuro migliore per chi ha avuto una vita attraversata da esperienze infantili sfavorevoli e per chi può essere preservato dal farne esperienza.

Il volume illustra e commenta alcuni dei principali risultati della ricerca, costituisce una sorta di compendio delle conoscenze a oggi disponibili su questi temi, in particolare sugli effetti a breve e lungo termine dei maltrattamenti e dell'abuso sessuale subiti in età minore.

Marinella Malacrea e Roberta Luberti offrono una ricostruzione complessa dei contributi scientifici afferenti l'area clinica e indicano le nuove piste che i clinici e i ricercatori stanno battendo allo scopo di comprendere in modo più accurato come si generano i disturbi osservati nei bambini e nelle bambine che hanno in cura o negli adulti che chiedono aiuto per affrontare le conseguenze di violenze subite nell'infanzia.

Le caratteristiche e la metodologia della ricerca, nonché i contenuti degli strumenti utilizzati sono descritti diffusamente da Chiara Barlucchi, Enrico Moretti e Marco Zelano, che commentano anche l'organizzazione del lavoro di indagine da parte delle ricercatrici che hanno gestito sul campo la conduzione delle interviste.

Donata Bianchi commenta l'indagine campionaria nel quadro degli studi di livello nazionale e internazionale finalizzati a stimare valori di prevalenza e di incidenza delle varie forme di violenza all'infanzia, in particolare dell'abuso sessuale, la tipologia indubbiamente più a lungo studiata. Bianchi commenta poi i dati generali ricavati dall'indagine, tratteggiando le caratteristiche basilari delle donne e delle loro esperienze attraverso una ripartizione in quattro gruppi di analisi che permette di apprezzare meglio le similarità e le differenze: a) donne che non riferiscono alcun episodio riconducibile a forme di abuso sessuale o maltrattamenti; b) donne che riferiscono solo episodi ascrivibili a forme di abuso sessuale con o senza contatto; c) donne che riportano solo esperienze di maltrattamenti intrafamiliari; d) donne che riportano episodi sia di abuso sessuale sia di maltrattamenti.

Un'esplorazione su uno spaccato particolare dei dati è compiuta invece da Malacrea, che passa in esame le informazioni riorganizzate secondo specifici profili di gravità, definiti innovativamente non solo secondo la tipologia degli atti, ma anche delle modalità nelle quali è avvenuto l'abuso e della presenza di condizioni considerate dalla ricerca come fattori specifici di rischio o di vulnerabilità rispetto agli esiti del

trauma. Su questo aspetto si sofferma anche Luberti, che passa in esame i dati di quegli item del questionario che hanno permesso di raccogliere informazioni più approfondite sugli esiti a breve e a lungo termine delle esperienze di violenza vissute dalle donne.

Il volume si chiude con alcune riflessioni critiche sulle linee di azione da rafforzare per qualificare e intensificare gli impegni profusi nella prevenzione del fenomeno e nella protezione e cura delle vittime. Si tratta di conclusioni che maturano dalla ricerca, ma anche da una riflessione che incrocia i risultati con quanto si vive quotidianamente nel lavoro concreto sui casi e nelle attività di organizzazione e programmazione degli interventi. Anche la voce delle donne intervistate contribuisce alla formulazione di proposte, alcune delle quali riflettono chiaramente la loro esperienza e confermano, in particolare, l'importanza di un'informazione corretta su questo tema, troppo spesso oggetto di servizi di cronaca che spettacolarizzano gli avvenimenti più drammatici senza sollecitare idee e pensieri che aiutino a sviluppare conoscenze adeguate sul fenomeno della violenza interpersonale, in particolare di quella a danno dei bambini.

Un commento sulla ricerca dal punto di vista di chi l'ha gestita sul campo è ospitato nell'Appendice, dove sono raccolte anche le tavole statistiche più importanti.

Non resta adesso che ringraziare le donne che si sono rese disponibili a condividere la loro storia con le ricercatrici e i ricercatori del Centro nazionale: il loro contributo è stato davvero prezioso e si auspica che le indicazioni derivate dai dati e i loro suggerimenti possano trovare spazio anche nel futuro Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva.



Vite in bilico

LE PREMESSE TEORICHE



## Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine\*

*1. Le esperienze sfavorevoli infantili; 2. L'abuso sessuale all'infanzia: inquadramento generale; 3. Fattori di rischio familiare; 4. L'abuso sessuale all'infanzia: gli effetti a breve e medio termine; 5. L'abuso sessuale all'infanzia: i fattori di mediazione degli esiti a lungo termine*

### 1. Le esperienze sfavorevoli infantili

#### 1.1. La violenza all'infanzia

La ricerca *Percorsi di vita: dall'infanzia all'età adulta* ha come focus specifico l'abuso sessuale, la forma più odiosa e insidiosa tra gli abusi all'infanzia; esso è inquadrato in tutto l'articolato complesso delle forme di abuso all'infanzia per rispondere all'esigenza di acquisire dati conoscitivi ampi sul fenomeno della violenza all'infanzia nel nostro Paese e rilevarne la diffusione nella popolazione normale, e quindi la prevalenza.

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO) ha presentato a Bruxelles il 3 ottobre 2002 il Primo rapporto mondiale su violenza e salute, che ha dato avvio alla campagna globale per la prevenzione della violenza. Il principio base di questa iniziativa, che si profila come innovativa e importante quanto la Convenzione ONU sui diritti del fanciullo, è che la violenza è un primario problema di salute pubblica nel mondo intero e che bisogna fare congrui investimenti in ogni nazione per prevenirlo e curarne le conseguenze.

Almeno quattro dei sette capitoli di cui si compone il Rapporto ("Abuso e trascuratezza nell'infanzia da parte di genitori e datori di cure", "Violenza sessuale", "Violenza giovanile", "Violenza da parte di partner intimi") attestano la centralità del problema della violenza sui minori.

I principali messaggi del Rapporto, a partire dalla già citata affermazione di base, attestano che:

- in aggiunta alla morte e alla disabilità, la violenza contribuisce a una varietà di altre conseguenze sulla salute (alcol, droga, fumo, disturbi alimentari e del sonno, HIV e malattie sessualmente trasmesse);
- la violenza è prevenibile, non è un problema sociale intrattabile o una parte inevitabile della condizione umana;
- la violenza è il risultato dell'interazione di fattori individuali, familiari, comunitari e strutturali;

---

\* Marinella Malacrea, neuropsichiatra infantile e terapeuta familiare, membro dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

- un approccio scientifico di salute pubblica basato sulla prevenzione può contribuire a ridurre la violenza.

Colpisce innanzitutto la novità culturale costituita dalla determinazione a “dare il giusto nome alle cose” – riconoscendo, in accordo con l’attuale ricerca che lo conferma a ogni livello (sociologico, medico, psicologico) – l’esistenza per gran parte dell’umanità di condizioni gravemente turbative del benessere e dei processi di sviluppo, non dovute a fatalità, ma a processi di trauma e vittimizzazione, tanto più pericolosi quanto più l’insidia risiede nelle relazioni, come quelle familiari, naturalmente preposte a dare benessere.

Come rileva lo stesso Rapporto su violenza e salute, esiste un’incontestabile correlazione tra culture locali dei popoli e principi di allevamento e cura dei piccoli per quanto concerne ciò che è ritenuto lecito e corretto per gli adulti che esercitano tali funzioni, e nel mondo le differenze in proposito sono certamente rilevanti; eppure trasversalmente alle culture sussiste un generale accordo sul fatto che i comportamenti di abuso nei confronti dell’infanzia non devono essere tollerati ed esiste anche una sostanziale unanimità che di abuso si tratti quando si parla di pratiche disciplinari dure e di abuso sessuale.

L’ampia definizione formulata dall’OMS nel 1999 dichiarava: «Per maltrattamento all’infanzia (*child abuse or maltreatment*) si intendono tutte le forme di cattiva cura (*ill-treatment*) fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere».

Si tratta di una definizione che ha il vantaggio di superare sia i problemi relativi all’intenzionalità o meno dei comportamenti commissivi o omissivi sia quelli circa le cause o le conseguenze delle azioni e che, inoltre, non esclude forme di violenza che possono verificarsi in contesti anche extrafamiliari. È tuttavia fuor di dubbio che la violenza e l’abuso assumono prevalentemente le caratteristiche di fenomeni intrafamiliari che come è noto restano spesso segreti e non visibili.

Con la consapevolezza che la violenza rappresenta un fenomeno composito e multiforme, le cui diverse manifestazioni non si presentano quasi mai separate o scindibili, analizziamone le principali forme: trascuratezza, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico e abuso sessuale.

Va posta inoltre attenzione all’emergenza di forme nuove di violenza quali la riduzione in schiavitù, la prostituzione, il coinvolgimento nella pornografia o l’emarginazione derivante dall’immigrazione clandestina.

Per **trascuratezza** si intende la grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del bambino o gli insuccessi in alcune importanti

aree dell'allevamento, che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per lo sviluppo e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche.

Per **maltrattamento fisico** si intende la presenza di un danno fisico dovuto ad aggressioni fisiche, maltrattamenti, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica e alla vita.

Per **maltrattamento psicologico** si intende una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

Per **abuso sessuale** si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante, lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente, la prostituzione infantile e la pedo-pornografia.

Nel 2001 un autore americano, Felitti, ha opportunamente introdotto nel complesso dibattito su maltrattamenti e abusi nell'infanzia la nozione di *Esperienze sfavorevoli infantili* (ESI) per indicare quell'insieme di situazioni vissute nell'infanzia che si possono definire come "incidenti di percorso" negativi, più o meno cronici rispetto all'ideale percorso evolutivo sul piano sia personale che relazionale. Esse comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia subito in forma diretta, come abuso sessuale, maltrattamento psicologico, fisico, trascuratezza; e le condizioni subite in forma indiretta che rendono l'ambiente familiare imprevedibile e malsicuro, come per esempio l'alcolismo o la tossicodipendenza dei genitori, le malattie psichiatriche e, soprattutto, la **violenza assistita**, cioè il coinvolgimento del minore in atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui/lei affettivamente significative.

Nella stessa linea si pone l'attenzione recentemente sviluppata dagli studiosi nei confronti dell'**abuso** e della **trascuratezza emozionale**, che sono definiti come modi di relazione pericolosi tra il datore di cura e il bambino, anche se non implicano contatto fisico. O'Hagan (1995) distingue opportunamente tra l'abuso emozionale e il maltrattamento psicologico: se il primo, infatti, comporta da parte dell'adulto una reazione emozionale stabile, ripetitiva e inappropriata all'esperienza del bambino, il secondo, nella sua forma di denigrazione verbale, critiche e svalutazioni, si configura più come risposta comportamentale e attiva. L'intenzione di nuocere al bambino è irrilevante nella definizione. Si tratta di forme di maltrattamento che non comportano interazioni segrete, e sono quindi facilmente oggetto di osservazione; nonostante la loro diffusione e frequenza, l'abuso e la trascuratezza emozionale sono forme spesso misconosciute e sottovalutate.

te di abuso all'infanzia. Il maggiore problema nasce dal fatto che abuso e trascuratezza emozionale avvengono, in misura gravemente dannosa per il bambino, anche se i datori di cura (quasi sempre i genitori) non sono consapevoli della pericolosità del loro comportamento. Un altro problema è costituito dal fatto che non esiste, nel campo dell'abuso emozionale, una netta soglia tra ciò che è abuso e ciò che non lo è, a differenza di altre forme di abuso all'infanzia (si pensi al maltrattamento fisico o all'abuso sessuale). In questi casi esiste una sorta di continuum, all'interno della relazione genitori-figli, dal "buono" al "maladattivo" al "dannoso" al punto da meritare la definizione di "abuso". Per contro, studi mirati alla rilevazione del pensiero comune sia nei professionisti della legge o del sociale sia nella gente comune, all'interno di una condivisa appartenenza culturale, hanno dimostrato sorprendentemente che c'è alta convergenza di pareri circa quali comportamenti o quali espressioni verbali costituiscano abuso emozionale.

Glaser (2002) propone di passare da definizioni che individuano specifici comportamenti dei genitori con i figli a definizioni che implicano atteggiamenti più trasversali all'intera relazione genitori-figli. L'autrice individua le seguenti aree di rischio: indisponibilità, trascuratezza, non responsività emozionale; qualificazioni negative e mistificanti del bambino; interazioni con il bambino inappropriate o incongrue rispetto alla fase evolutiva; mancato riconoscimento e mancata consapevolezza dell'individualità del bambino e dei confini psicologici; mancata promozione dell'adattamento sociale del bambino.

L'abuso emozionale è, abbastanza comprensibilmente, quasi una costante nei casi di maltrattamento e di trascuratezza fisica; alcuni autori hanno stimato al 90% la sua compresenza nelle altre forme di abuso (Claussen, Crittenden, 1991). Il dato che più preoccupa è relativo al fatto che proprio la compresenza di tale componente è predittiva dei successivi danni evolutivi che il bambino maltrattato manifesterà, ben più della gravità del maltrattamento subito.

## 1.2. Le conseguenze patologiche

Ciò che accomuna le diverse situazioni sopra descritte è la loro capacità di produrre una vasta gamma di esiti patologici. Il fatto che la maggior parte delle ESI abbia come teatro la famiglia ha spesso come corollario la loro cronicità e quindi una maggiore possibilità di produrre, in coloro che ne sono vittime, gravi e invalidanti conseguenze sul piano fisico e psicologico. Si tratta di esperienze capaci di superare le naturali risorse di "resilienza" e adattamento dei soggetti, tanto più se ancora in formazione, e di dar luogo a importanti sofferenze che si trascinano nel tempo causando patologie che si manifestano dopo mesi, anni o nell'età adulta. Va inoltre tenuto conto che quegli adulti, diventati genitori, corrono un alto rischio di trasmissione intergenerazionale delle condotte maltrattanti/abusanti.

Le statistiche dimostrano che circa il 50% delle giovani tossicodipendenti e a condotta socialmente deviante e un terzo delle pazienti psichiatriche ambulatoriali è un ex-vittima di abuso sessuale non trattata (Gelinas, 1983; Malacrea, Lorenzini, 2002). Si può da qui facilmente inferire quanto peso specifico sulla patologia adulta possa essere attribuito al complesso di tutte le forme di abuso nell'infanzia, e ancor più al complesso delle Esperienze sfavorevoli infantili, che magari non si sono concretizzate in maltrattamenti attivi e puntualmente riconoscibili, ma hanno dato luogo a un "mal-trattamento"<sup>1</sup> diffuso, attraversato spesso da tutti quei fattori più sopra individuati da Glaser per l'abuso emozionale. Si tratta di gruppi di popolazione certo molto più estesi delle sole vittime di abuso sessuale. Non solo nei macroscopici gruppi patologici sopra citati, ma anche in aree meno studiate, andrebbero ricercate correlazioni tra fallimenti e sofferenze e Esperienze sfavorevoli infantili. Ad esempio, chi opera nelle iniziative mirate al recupero scolastico e alla qualificazione finalizzata all'inserimento lavorativo di adolescenti e preadolescenti incrocia in gran parte dell'utenza situazioni ascrivibili a questa tipologia di maltrattamento. Ancora, sarebbe di grande interesse se a margine delle rilevazioni relative all'esclusione sociale e alla povertà si facesse una specifica ricerca sull'esistenza, alla base dei multipli fallimenti sociali dei soggetti interessati, di condizioni antiche di forme multiple di abuso, che possano pesare come una sorta di "marchio negativo" che impedisce alle persone di fruire delle risorse, anche quando esse sono inserite in società affluenti.

È possibile distinguere le conseguenze dannose di cui stiamo trattando correlandole a specifiche forme di maltrattamento?

Un recente lavoro di Tamiazzo (2006) analizza le principali conseguenze a breve, medio e lungo termine dei mal-trattamenti sullo sviluppo e l'adattamento dell'individuo, suddivise in base alla tipologia di maltrattamenti.

I dati presentati sono stati ottenuti dall'esame e dall'integrazione dei risultati di diverse ricerche relative all'argomento (Trickett e McBride-Chang, 1995; Cole e Putnam, 1992; DiLillo, 2001; Walzer e coll., 1999; Coffey e coll., 1996a, 1996b; Liem e Boudewyn, 1999; Gibson e Hartshorne, 1996; Hildyard e Wolfe, 2002; Kendall-Tackett e Eckenrode, 1996; Hoffman-Plotkin e Twentyman, 1984; Salzinger e coll., 1993; Dodge e coll., 1995; Haskett e Kistner, 1991; Salzinger e coll., 2001; Lopez e Heffer, 1998; Malinosky-Rummel e Hansen, 1993). In realtà, si tratta di una suddivisione ancora incerta e provvisoria, in quanto, nonostante i numerosi studi, i vari autori non sono riusciti a dimostrare con certezza le specifiche conseguenze di ciascuna

---

<sup>1</sup> La notazione "mal-trattamenti" sarà utilizzata nella parte di analisi dei dati.

forma di maltrattamento; in particolar modo, a causa del fatto che raramente le varie tipologie si presentano isolatamente ed è quindi estremamente difficile studiare la loro singola manifestazione.

In quest'area di studio sul maltrattamento permane dunque una certa confusione e la tabella riportata nel testo di Tamiazzo ha come intento principale quello di sintetizzare il più possibile le principali conoscenze relativamente a questo tema.

	Maltr. fisico	Maltr. psicologico	Trascuratezza	Abuso sessuale
<b>Prima infanzia</b>	Aggressività, rifiuto pari/ Ritiro sociale, rifiuto pari. Atteggiamenti negativi e poco cooperativi. Comportamenti esternalizzati (maschi) e internalizzati (femmine)	Compromissione del legame di attaccamento (insicuro). Scarsa autostima e fiducia negli altri. Scarso sviluppo delle abilità adattive e sociali.	Compromissione del legame di attaccamento (insicuro). Comportamenti internalizzati (ritiro e isolamento sociale). Scarso controllo dell'emozione e impulsività. Problemi nel linguaggio espressivo.	Comportamenti internalizzati. Forti sentimenti di impotenza, vergogna e colpa. Disturbi psicosomatici.
<b>Seconda infanzia</b>	Ai problemi già presenti nel periodo precedente si aggiungono le difficoltà scolastiche. Errori nel processamento dell'informazione sociale.	Si aggiungono i problemi scolastici, in particolare difficoltà cognitive e di problem-solving. Difficoltà e ritardi nello sviluppo fisico e intellettuale.	Si aggiungono i problemi scolastici (in misura maggiore rispetto alle altre forme), in particolare deficit cognitivi e mancanza di creatività e flessibilità nel problem-solving. Ritiro sociale.	Si aggiungono comportamenti esternalizzati e comportamenti sessuali inappropriati.
<b>Adolescenza</b>	Peggioramento dei problemi scolastici e delle difficoltà relazionali.	Peggioramento dei problemi scolastici, dell'autostima e della fiducia negli altri. Sviluppo di uno stile di interazione passivo, ritirato ed eccessivamente reattivo.	Peggioramento dei problemi scolastici (più che nelle altre tipologie) e in particolare dei deficit cognitivi. Rappresentazione negativa di sé e degli altri. Scarsità di interazioni sociali.	Idee suicide e comportamenti autolesivi. Si aggravano i problemi comportamentali e le difficoltà relazionali.
<b>Età adulta</b>	Permangono i comportamenti internalizzati ed esternalizzati, gli atteggiamenti aggressivi e antisociali e si manifestano depressione e ansia (in particolare nelle donne).	Lo stile relazionale evolve o nella depressione oppure nei disturbi della condotta (iperattività, impulsività). Ulteriore peggioramento della stima in se stessi e della fiducia negli altri.	Isolamento e ritiro sociale. Incapacità di entrare in relazione con gli altri. Profondi deficit cognitivi.	Permangono i comportamenti internalizzati ed esternalizzati, gli atteggiamenti aggressivi ed antisociali e si manifestano depressione, ansia e disturbi somatici (in particolare nelle donne). Difficoltà nelle relazioni intime e nell'assunzione del ruolo parentale. Senso di solitudine e incapacità di utilizzare il supporto sociale.

Un'attenzione globale a tutte le forme di Esperienze sfavorevoli infantili è anche, e soprattutto, in linea con il più moderno sviluppo delle conoscenze sul complesso delle situazioni di cattiva cura nei confronti dei bambini e sulla patogenesi delle conseguenze dannose a esse correlate.

Ciò che le accomuna, e rende anche così poco differenziabili le loro conseguenze in termini di sintomi e comportamenti, è il fatto che producono un danno importante nei processi di attaccamento e quindi nei Modelli operativi interiorizzati (MOI) dei bambini, con riflessi tangibili a livello organico. Gli studi neurobiologici sullo sviluppo mentale infantile dicono con sicurezza che l'esperienza dà direttamente forma alle strutture cerebrali e che (al contrario di quanto si è per lungo tempo creduto) il cibo esperienziale per la mente non è la intensa stimolazione sensoria, ma l'esistenza di legami in cui, nella comunicazione col-laborativa, si sviluppi la sintonizzazione tra la mente del bambino e quella del genitore (Siegel, 1999) e la mente impari le basi e i metodi dell'autopromozione e dell'autorganizzazione. Se proprio i legami sono invece fonte di esperienze negative e traumatiche, ne risulta un'adeguatezza del processo di sviluppo del bambino che può trovare espressione in tutte le aree di funzionamento cognitivo ed emotivo.

Perry (Perry *et al.*, 1995) sottolinea la possibilità, soprattutto nei bambini piccoli, che i circuiti neuroendocrini attivati dal trauma diventino permanenti, alterando la plasticità cerebrale e condizionando la personalità del futuro adulto. Bremner, in un articolo recente (2003), riprende e dettaglia lo stesso concetto: lo stress in età precoce è associato con un'alterazione duratura nei circuiti cerebrali e nel sistema che media la risposta allo stress (asse ipotalamo-ipofisi-cortico-surrenale sistema nor-adrenergico). Anche altri sistemi cerebrali di fondamentale importanza per gli esiti comportamentali vengono alterati, come i sistemi delle benzodiazepine, degli oppioidi endogeni, della dopamina e dei neuropeptidi, con ricadute sul funzionamento dell'ippocampo, dell'amigdala, della corteccia prefrontale. Proprio queste permanenti alterazioni starebbero alla base del mantenimento del PTSD (Post traumatic stress disorder), della depressione e di altre psicopatologie conseguenti le esperienze traumatiche infantili.

Il problema che subito si pone è quello di definire in qualche modo che cosa si intenda per esperienza traumatica. Alcune precisazioni interessanti a questo proposito sono fornite da L. Terr (1991), che definisce il trauma come il risultato mentale di un "colpo" o una serie di "colpi" improvvisi che destabilizzano temporaneamente il giovane, e che fanno fallire le ordinarie strategie con cui si affrontano gli eventi esterni e le operazioni difensive. Questo concetto non include solo quelle condizioni segnate da un'intensa reazione di sorpresa, ma anche quelle caratterizzate da una precedente previsione. Tutti i traumi infantili, che

derivano ovviamente dall'esterno e non possono nascere esclusivamente nel pensiero del bambino, causano una serie di cambiamenti nelle modalità di funzionamento psicologico. L'autrice individua due tipologie di trauma con diverse caratteristiche: quello di primo tipo, che è la conseguenza di un evento unico e improvviso, e quello di secondo tipo, che invece deriva da un abuso prolungato e ripetuto. Mentre nei traumi di primo tipo c'è la tendenza a ritornare sul ricordo, di solito completo, dettagliato e ben impresso, per tentare un rimaneggiamento retrospettivo e una rivalutazione cognitiva, nei traumi di secondo tipo più facilmente la vittima ricorre al diniego e alla paralisi psicologica. Analoghe riflessioni emergono dal lavoro di Glaser (2000), che distingue invece tra trauma acuto (*overwhelming experience*) e stress cronico.

Si può affermare che mentre nel trauma acuto il soggetto si comporta nei confronti dell'esperienza traumatica come nei confronti di un corpo estraneo da espellere attraverso l'equivalente di una florida reazione infiammatoria, nel trauma o stress cronico ciò non avviene. Questa differenza è tanto più evidente quanto più è precoce l'esperienza sfavorevole. Infatti, molte situazioni di abuso e trascuratezza, benché sicuramente produttrici di uno stato emozionale gravemente negativo, non vengono percepite dal bambino come sopraffacenti nel modo delle tipiche esperienze traumatiche. Ciò accade spesso proprio a causa della cronicità della vittimizzazione infantile, che rende l'esperienza paradossalmente predicibile e quindi perversamente funzionale alla continuità del sé, che, come è noto, è una componente fondamentale dello stato di benessere psichico. Ma l'assenza dello sconvolgimento acuto non ha alcuna valenza protettiva, anzi apre la strada a un effetto pervasivo a carico dei processi di regolazione psicologici e biologici presenti nel bambino, dando luogo a reazioni più complesse e ancor più nefaste del disturbo da stress post-traumatico. Si parla in questi casi di "trauma interno all'identità" opposto al "trauma esterno all'identità" che caratterizza le situazioni di trauma acuto.

### 1.3.1. La biologia della risposta al trauma

Vale la pena di fare un accenno, forzatamente breve e superficiale, alla biologia della risposta al trauma (Glaser, 2000).

Le esperienze negative – che producono stress – in ragione della loro intensità e durata generano effetti somatici registrabili a partire da una sostanziale e automatica modificazione degli equilibri fisiologici, con ricaduta sull'asse ipotalamo-pituitario-surrenalico, sul sistema nervoso simpatico, sul complesso dei neurotrasmettitori e sul sistema immunitario. In particolare si producono importanti conseguenze a livello cerebrale:

- vengono sollecitati il sistema delle catecolamine (adrenalina e noradrenalina, dopamina) e della serotonina, centrali nella reazione "fight or flight". Se ripetuta, tale sollecitazione provoca un

danno nel funzionamento della corteccia prefrontale, sede della memoria operativa, della concentrazione e dell'efficienza comportamentale sul versante cognitivo. Provoca anche una disregolazione del sistema attivazione/inibizione delle risposte comportamentali affettive. La persistenza delle situazioni di stress provoca alla lunga una diminuzione del volume cerebrale, di aree del corpo calloso (fondamentale connessione tra gli emisferi), con espansione dei ventricoli cerebrali.

- Per diminuire l'esposizione all'iperattivazione di quei neurotrasmettitori, soprattutto quando alla loro presenza non può far seguito alcuna utile reazione di fuga dal pericolo o di attacco e neutralizzazione dell'agente traumatico (componente intrinseca delle situazioni di stress cronico), vengono messi in campo sistemi compensatori. Essi sono essenzialmente di due tipi:
  - a) prevale l'attivazione del sistema dopaminergico e poiché i recettori della dopamina coincidono in diverse aree cerebrali con quelli degli oppioidi, vengono sollecitati il nervo vago e il sistema parasimpatico, che agiscono sulla percezione dello stimolo traumatico. Attraverso la produzione paradossa di endorfine si ottiene uno "spegnimento" della reazione "fight or flight", con importanti conseguenze sul piano fisico ("congelamento", diminuzione del ritmo cardiaco) e mentale (dissociazione);
  - b) viene attivata l'iperproduzione di cortisolo, riconosciuto come l'"ormone dello stress", in quanto media il *coping* nelle situazioni traumatiche. Esso agisce deprimendo la reazione allo stress e provocando un adattamento allo stesso. Nei casi in cui la situazione è dominabile tale reazione è temporanea fino alla risoluzione dell'esperienza traumatica, ma nei casi cronici, in cui la fonte del disagio è forte e incontrollabile, avviene una pericolosa disregolazione della produzione di cortisolo. Mason (2001) e Wang (2005), dopo 50 anni di ricerche sul sistema cortisolo, concludono che la relazione tra cortisolo e stress è tutt'altro che semplice. È certamente più nota la reazione di innalzamento del cortisolo a fronte di stress acuti in soggetti normali, e di sopraelevazione costante dei valori di base in soggetti che hanno patito esperienze traumatiche croniche. Tuttavia tale sopraelevazione indica anche che è alto il livello di impegno dell'individuo per affrontare, e possibilmente risolvere, la situazione stressante, e l'impegno è in qualche modo garanzia che fattori di attenuazione dello stress, essenzialmente mediati dal buon contatto relazionale, possano essere recepiti dal soggetto. Esiste anche un'altra alterazione della secrezione del cortisolo, che è rilevabile nello slivellamento in basso dei valori di base. Inte-

ressanti studi hanno portato a constatare che, di fronte alla stessa situazione stressante, c'è sempre una quota di persone che reagiscono, contrariamente alle aspettative, con una ipoproduzione di cortisolo: è stato osservato che questo sottogruppo è costituito da soggetti che usano il diniego e l'evitamento per confrontarsi con l'esperienza traumatica, operando quindi un "disimpegno" dalla situazione.

- I sistemi compensatori sopra esposti, che sono facilmente connettabili a difese psichiche, sono anch'essi pericolosi, se eccessivi in quantità e durata: il primo perché impedisce la reazione all'evento traumatico e quindi di sottrarsi a esso, ma ancor più per il suo carattere massivo, che comporta da un lato grande dispiego di energie psichiche per ottenere il disimpegno dalla realtà e dall'altro inaccessibilità ai fattori relazionali di conforto; il secondo perché, essendo l'eccesso di cortisolo tossico per i neuroni, provoca danni a vari livelli cerebrali, sia diminuendo globalmente il volume del cervello – sinergicamente alle catecolamine – sia rendendo inefficienti particolari aree come l'ippocampo, sede in cui vengono integrati i differenti aspetti della memoria. È altresì evidente che i due sistemi di spegnimento competono l'uno con l'altro e non configurano scelte definitive, ma due stati pronti a virare dando luogo automaticamente l'uno all'altro.
- Lo stress cronico modifica in modo permanente la regolazione del sistema soglia-spegnimento-riattivabilità, dove "soglia" concerne la quantità di stimolo necessaria a produrre una risposta da stress, "spegnimento" riguarda la capacità del bambino di interrompere la reazione, "riattivabilità" rappresenta l'attitudine a tornare in stato di eccitazione dopo lo spegnimento. Per fare alcuni esempi, il soggetto che resta abitualmente in stato di allarme, a causa di esperienze traumatiche pregresse, potrà sviluppare nel tempo una sempre maggiore fragilità di fronte agli stimoli ambientali (abbassamento della soglia della reazione da stress) con conseguente instabilità psicofisica e incremento delle occasioni di riattivazione traumatica (aumento della riattivabilità). Al contrario, potrà anche avvenire che la cronicità degli eventi stressanti induca nel soggetto una depressione della reazione, che porta al misconoscimento della situazione minacciosa (innalzamento della soglia) con tardività delle reazioni di compenso; anche questo insieme di reazioni può essere facilitato dalla ripetizione di situazioni simili, con diminuzione della possibilità di scegliere meccanismi di reazione diversi (aumento della riattivabilità). È evidente che ogni distorsione, in più o in meno, del fisiologico sistema soglia-spegnimento-riattivabilità è dannosa.

- Lo stress cronico attiva in modo permanente alcune aree cerebrali e ne disattiva altre. Ad esempio, è stata dimostrata una maggiore sollecitazione del lobo frontale destro (specializzato nell'espressione di sentimenti negativi, quali la tristezza) a scapito del lobo frontale sinistro (connesso a emozioni positive, come la gioia). Lo stress cronico, infatti, ipersollecita l'amigdala, sede in cui viene percepita la paura, con disattivazione dell'ippocampo, sede dell'integrazione dei ricordi.

Sul piano psicologico il riflesso di quanto sopra è costituito da Modelli operativi interiorizzati caratteristici e riconoscibili. Ciò è vero sia sul piano del sistema di significati, che determina il comportamento del soggetto traumatizzato, sia sul piano delle condotte relazionali, sia su quello delle strategie difensive. Tipicamente chi è stato vittima di esperienze traumatiche, specie se croniche, ha interiorizzato una "filosofia" basata sull'assunto di un "mondo malevolo", opposta quindi alla "fiducia di base", e orientata alla messa in atto di "profezie che si autodeterminano" nelle relazioni significative, quanto più comportano intimità e dipendenza. Sentirsi impotenti e traditi dai più prossimi induce un iperallarme che genera diffidenza e propensione a strumentalizzare, con ovvie conseguenze di espulsione da parte della maggioranza degli altri; d'altro canto, la moltiplicazione delle esperienze negative conseguenti a quei comportamenti, porta il soggetto a ipotizzare una più o meno oscura colpa originaria, che se, da un certo punto di vista, dà qualche senso al proprio destino infuato, è però fonte di un profondo e corrosivo malessere e di distonia con l'autoimmagine. La "cattiva stella" delle vittime di esperienze traumatiche comporta dunque che la distorsione dei modelli operativi interiorizzati le renda candidate ideali al ripetersi senza fine di altre, e congruenti, esperienze traumatiche (abbandono, tradimento, espulsione, aggressione e quant'altro) che perpetuano un quadro di "deserto affettivo", se non di "giungla affettiva", rinforzando a spirale per il soggetto la credibilità e l'impermeabilità dei MOI distorti e funesti.

In tutti questi aspetti, si evidenzia che la reazione al trauma è pericolosa quanto il trauma stesso, non soltanto per la sua qualità, come vedremo poco oltre, ma per il fatto che essa scatta istantanea, automatica e ripetitiva, cortocircuitando la possibilità della mente di far fronte allo stimolo traumatico in modo non disfunzionale, e condizionando le espressioni relazionali della vittima.

D'altro canto, per convivere con il "mondo malevolo", reso certo dai modelli operativi interiorizzati sopra descritti, è inevitabile l'adozione di movimenti difensivi. Anche tali movimenti difensivi sono,

nelle vittime, caratteristici e riconoscibili: di più, privi di alternative sul piano neuropsicologico. Quanto già descritto in termini di mediatori chimici si esprime, psicologicamente parlando, attraverso comportamenti improntati all'ipereccitazione (*hyperarousal*) o all'iperadattamento o al congelamento dissociativo:

- l'ipereccitazione può essere descritta come uno stato di allarme permanente, di attivazione e instabilità psichica continua, che non trova scarico in comportamenti utili e finalizzati di attacco o fuga, a cui fisiologicamente dovrebbe corrispondere: si pensi all'immagine di un cavo elettrico scoperto, pronto a dare indifferenziatamente la scossa a chi si avvicini, con un alto grado di imprevedibilità. Spesso lo scarico è su se stessi, e produce sintomi fisici e psichici, fissati o alternanti. In ogni caso gravemente deficitaria è la regolazione delle emozioni e dei comportamenti: i sistemi di autocontrollo sono permanentemente a rischio di scompenso. La sensibilizzazione del sistema noradrenergico condiziona la stimolazione di funzioni psicologiche, cognitive, comportamentali mediate dallo stesso sistema, e spiega la natura dei sintomi dei bambini traumatizzati: iperattività, ansia, comportamento impulsivo, disturbi del sonno ecc. Questo tipo di risposta è più comunemente visto nei maschi adulti e nei bambini più grandi.
- L'iperadattamento si basa sull'ipersecrezione di cortisolo, che abbassa la reazione allo stimolo stressante. Ne possono derivare apparenti equilibri, con serie conseguenze di depressione delle risorse cerebrali preziose per la crescita. I bambini sottoposti a gravi esperienze di deprivazione mantengono il livello di base del cortisolo elevato: si vedano ad esempio gli studi compiuti sui bambini ospiti dei brefotrofi della Romania, citati in Glaser (2000). Questo stato è significativamente connesso a un'aumentata vulnerabilità allo stress: paradossalmente, i soggetti iperadattati non hanno consolidato i propri sistemi omeostatici di fronte alle difficoltà della vita, ma sono sempre sull'orlo della sopraffazione degli stessi. A quel punto accade il viraggio alla successiva via difensiva, mediata dal disimpegno dalla realtà. Hart, Gunnar e Cicchetti (1995), analizzando le reazioni dei bambini maltrattati ai conflitti in ambiente scolastico, hanno rilevato che, quando intervengano circostanze di stress momentaneo, questi soggetti sopprimono la secrezione del cortisolo. Resnik *et al.* (1995), studiando le donne vittime di stupro, hanno constatato che quelle portatrici di pregresse esperienze traumatiche avevano un livello di cortisolo basso dopo l'evento, al contrario di quelle non traumatizzate nell'infanzia, che avevano

l'atteso aumento della secrezione di cortisolo. Se ne deduce che specie nei soggetti già sensibilizzati da precedenti esperienze traumatiche anche piccoli fattori aggiuntivi di stress possono travolgere la capacità di affrontarlo e indurre reazioni di "spegnimento" massive che comportano un disimpegno psicologico dalla situazione.

- La terza via difensiva, quella che cortocircuita la percezione dell'evento stressante (attraverso la produzione paradossa di endorfine), impedendo così allo stimolo di attivare qualsiasi risposta, si manifesta in varie forme, solo apparentemente contraddittorie. I bambini piccoli e le femmine, e più in generale anche un adulto quanto più impotente si sente il soggetto, attivano più frequentemente – con un'iperreattività che porta fino alla sensibilizzazione – la risposta di "congelamento" fisico e di dissociazione mentale. Si ha quindi un aumento del tono vagale, con i correlati fisiologici che ne seguono (diminuzione della frequenza cardiaca, della pressione, ecc.) e, in virtù della produzione paradossa di oppioidi, un'alterazione della percezione del dolore, del senso del tempo, dello spazio e della realtà. Perry (1995) utilizza proprio la diminuzione della frequenza cardiaca come metodo non invasivo per misurare la dissociazione.

I bambini traumatizzati usano spesso meccanismi di congelamento come risposta all'angoscia. Quando il bambino sperimenta una situazione-stimolo connessa al trauma (connessione di cui egli spesso non è consapevole) si sente profondamente angosciato e si immobilizza cognitivamente, spesso anche fisicamente. Quando l'adulto gli chiede qualcosa, il bambino si comporta come se non avesse sentito, o si rifiuta di aderire alla richiesta. Ciò solitamente attiva altre richieste da parte dell'adulto, sovente accompagnate da ostilità e minacce di punizioni. Queste caratteristiche verbali e non verbali della minaccia fanno sentire il bambino ancora più insicuro e impotente; l'ansia conseguente potrà attivare una più profonda dissociazione. Tutto questo processo spesso non è correttamente interpretato e ciò porta a errori diagnostici, per cui questi bambini sono etichettati come oppositivi e provocatori (cioè con disturbi della condotta). In altri casi, invece, la reazione di congelamento può essere male interpretata come assenza di sofferenza psicologica, o come indice di buon adattamento.

Ancora più interessante è notare che, al di là delle apparenze, non c'è sostanziale differenza tra i soggetti che, mostrandosi come congelati, mettono in atto comportamenti di estraniamento, di evitamento marcato, di dissociazione dei ricordi, dei pensieri, degli affetti, e persino delle funzioni fisiche (come certi arresti della crescita verificati-

si in circostanze di trauma nell'infanzia), e i soggetti che raggiungono lo stesso obiettivo di "decerebrazione", di anestesia, di non pensiero ricorrendo a un'iperattività non finalizzata od ostile. La verifica sul livello di cortisolo corrispondente a questi diversi comportamenti è di suggestivo aiuto, in quanto, come sopra detto, l'eccessiva soppressione dell'"ormone dello stress" in circostanze di per sé stressanti ci informa sul fatto che al tentativo di adattamento si è sostituita la fuga dalla realtà. Infatti, al basso livello di cortisolo corrisponde spesso un atteggiamento ritirato e distante, ma anche le esplosioni di aggressività si accompagnano alla stessa soppressione. Ciò accade ad esempio in molte situazioni che possono simulare il disturbo da deficit attentivo (ADHD), ma anche nei casi in cui sembra persa la competenza sociale e il soggetto agisce aggressivamente in modo antisociale e oppositivo (Hart *et al.*, 1995; McBurnett *et al.*, 2000). È del resto ben comprensibile che il disimpegno mentale abbia un costo altissimo in termini di sensibilità agli altri, di sviluppo di intelligenza emotiva e di capacità di sintonizzazione con l'ambiente relazionale. Questo meccanismo difensivo non soltanto espone il soggetto all'esperienza traumatica senza resistenza, ma distoglie anche energie preziose dai loro fisiologici scopi.

Ancora più funesti appaiono poi tutti questi sistemi di difesa quando si alternano nello stesso soggetto come in un vortice, rendendo il suo funzionamento incomprensibile e imprevedibile per chi deve prendersene cura e per il soggetto stesso, che non può che ricavarne una più acuta autosvalutazione. L'immagine di un'auto con acceleratore schiacciato a tavoletta (l'ipereccitazione), con il freno a mano contemporaneamente al massimo (l'iperadattamento) e magari con guidatore svenuto (dissociazione e scompenso della regolazione), può rendere abbastanza realisticamente l'idea dell'effetto dei meccanismi difensivi post-traumatici.

È importante notare che tale complesso intreccio di reazioni è evidente anche nei bambini che, contrariamente a quanto comunemente si crede, quanto più sono piccoli tanto più sono sensibili al trauma: negli studi di Perry (1995) la maggior parte di bambini traumatizzati con PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) mostra un misto di risposte dissociative e di ipereccitazione.

Sul piano delle manifestazioni conseguenti, è prezioso il contributo di Putnam (2001), di cui si riporta lo schema che connette i sintomi comportamentali e i sistemi biologici di risposta all'esperienza traumatica. Tale connessione, avverte l'autore, non è a oggi pienamente dimostrata, ma la recente ricerca con soggetti portatori di psicopatologia supporta l'ipotesi di possibili rapporti causali tra reazioni neurofisiologiche e riflessi psicologici.

### Mappa di collegamento dei sintomi legati al trauma con sistemi di risposta allo stress noti o presunti

SINTOMI	SISTEMI
Somatizzazione	Sistema immunitario Asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrenale (iic) Serotoninergico
Regolazione dell'affettività	Catecolaminergico Asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrenale (iic) Serotoninergico Acido gamma-aminobutirrico (gaba)*
Suicidio/aggressività	Serotoninergico Catecolaminergico
Ansia	Asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrenale (iic) Serotoninergico Catecolaminergico
Dolore	Endorfinergico Serotoninergico Peptidi vari* Potenziamento delle catecolamine
Reattività allo stress	Asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrenale (iic) Endorfinergico Catecolaminergico Serotoninergico Sistema immunitario
Dissociazione	Acido gamma-aminobutirrico (gaba)* Endorfinergico* Catecolaminergico* Serotoninergico* N-Metil-D-aspartato Glutammato* Glucocorticoidi*

*L'asterisco indica presunti sistemi di risposta allo stress*

Il funzionamento psicologico post-traumatico è riattivabile. La sovrastimolazione di importanti circuiti neuronali durante lo sviluppo, come avviene nel trauma, porta alla sensibilizzazione di alcuni di questi che saranno attivati non solo dal trauma, ma anche da ricordi specifici, sotto varia forma, del trauma stesso. La reattività potrà generalizzarsi, sicché il sistema di risposta al trauma proprio del cervello infantile sarà attivato in continuazione anche quando il pericolo non sarà effettivamente presente. Ciò avviene non soltanto a riguardo di esperienze negative o ricordi in qualche modo affini a quelle, ma anche in circostanze che per altri soggetti non vittimizzati non evocano reazioni da stress, mentre nella vittima inducono allarme. È noto come immagini, sensazioni, eventi non rievocativi della precedente esperienza traumatica – e non nuovamente traumatici in sé – possano scatenare reazioni intense di malessere, con tutto il corteo di

fensivo descritto nel punto precedente. In particolare, persino esperienze in sé positive, ma che comportano intimità e intensità dei legami, e cioè circostanze in cui il soggetto traumatizzato sente aumentare la propria vulnerabilità, possono diventare non raramente riattivatori traumatici. E ciò è il riflesso comportamentale di quella distorsione del sistema soglia-spegnimento-riattivabilità descritto più sopra.

La riattivabilità del funzionamento post-traumatico appare in tutta la sua gravità se si aggiunge che esso cortocircuita neurofisiologicamente la corteccia frontale, e quindi l'elaborazione superiore, verbale, propria di questa sede. Suggestivi studi sperimentali comprovano che l'evocazione di vividi ricordi post-traumatici taglia fuori l'attivazione dell'area di Broca dell'emisfero sinistro, connessa al linguaggio. Se ne deduce allora che la possibilità di modificare il sistema soglia-spegnimento-riattivabilità è assai ridotta se vengono inabiliate proprio le funzioni superiori che sarebbero in grado di modularlo.

#### 1.4. In sintesi

Alla luce dei meccanismi post-traumatici descritti nei paragrafi precedenti, diventa comprensibile quanto gli effetti di esperienze sfavorevoli infantili coinvolgano tutti gli ambiti di vita di una persona. Particolarmente essenziale e contemporaneamente esaustivo è in proposito un recente articolo di Kendall-Tackett (2002) sulle dinamiche che portano dall'abuso infantile, specie sessuale, agli effetti sulla salute, nel quale si conclude che tali effetti derivano da un complesso di fattori comportamentali, emozionali, sociali e cognitivi, ognuno dei quali deve essere affrontato dall'intervento terapeutico.

Anche se non si possono individuare sindromi specifiche legate a tipi particolari di esperienza sfavorevole, va riconosciuto che l'abuso sessuale all'infanzia è stato tra tutte la forma più studiata. Ciò ha un suo senso, considerata la particolare complessità e perversione delle sue ricadute sulle vittime: in altri termini, ciò che sarà possibile capire delle dinamiche traumatogene dell'abuso sessuale ci aprirà esaurientemente la porta alla comprensione degli esiti di forme meno insidiose, segrete e odiose di abuso all'infanzia.

## 2. L'abuso sessuale all'infanzia: inquadramento generale

### 2.1. Definizione

Nonostante le problematiche connesse all'abuso sessuale siano indagate ormai da diversi anni, gli studiosi non sono ancora giunti a formulare una definizione condivisa di violenza sessuale nei confronti dei minori.

Tale definizione ha essenzialmente due punti critici: la natura delle interazioni sessuali e il tipo di relazione instaurata tra abusante e vittima. Già nel 1986 Peters, Wyatt e Finkelhor avevano rilevato lo stato del dibattito in proposito, attraverso un attento esame comparativo delle principali ricerche sull'incidenza dell'abuso sessuale verso i mi-

norì, riscontrando come punti fondamentali su cui divergono le definizioni l'inclusione o meno dell'esibizionismo e delle proposte oscene tra gli atti abusivi, come pure delle aggressioni commesse da coetanei; il limite d'età della vittima e la differenza d'età tra quest'ultima e l'aggressore (Malacrea e Vassalli, 1990).

### 2.1.1. La natura degli atti

Per quanto riguarda la natura degli atti, nei diversi studi si rileva un'ampia varietà di accezioni: mentre in tempi meno recenti (per esempio Finkelhor, 1984) si tendeva a includere nella definizione di abuso un'ampia gamma di atti, comprendenti il rapporto sessuale, la masturbazione, l'esposizione degli organi genitali, la visione di filmati pornografici e il discutere di argomenti sessuali in modo erotico, distinti nelle categorie di "abuso con contatto" e "abuso senza contatto" (Sgroi *et al.*, 1982), successivamente compaiono definizioni più restrittive, che considerano solo un atto sessuale che implichi il contatto (per esempio, Condy *et al.*, 1987).

Ultimamente, i confini tornano a sfumare al punto che per alcuni autori la definizione è lasciata agli stessi soggetti (per esempio, Briere, Henschell e Smiljanich, 1992). Anche Violato (1994) giunge alla conclusione che la definizione migliore sia quella meno restrittiva, che considera abuso sessuale nei confronti di un minore qualsiasi approccio o azione di natura sessuale che coinvolga un bambino (cioè un minore di 17 anni), e/o che causi in lui disagio o sofferenza psicologica. Malacrea (1997) si pone in un'ottica simile, facendo riferimento alla definizione di Kempe (1962) e ritenendola valida per la sua ampiezza e genericità. L'autore considera abuso sessuale ogni situazione in cui «il bambino sia tratto a espressioni sessuali alle quali, in ragione della sua giovane età, non può liberamente acconsentire con totale consapevolezza, o che violino radicati tabù sociali». Secondo Malacrea tale definizione evita la specificazione dei singoli atti effettuati, di cui è conosciuta la tipica evoluzione nel tempo, permettendo di classificare come abuso anche le prime sfumate manifestazioni di interessamento e seduzione rivolte dall'adulto al bambino.

### 2.1.2. Il concetto di violenza

In quest'ottica viene ridimensionato anche il concetto di violenza, centrale nella definizione di abuso per l'aspetto del rapporto abusante-vittima e utilizzato da alcuni autori come caratteristica essenziale al configurarsi di un'esperienza traumatica. Tale concetto, nel caso di bambini vittime, risulta ambiguo, e in definitiva pericoloso da maneggiare, quando debba essere applicato a situazioni in cui i legami affettivi di partenza siano tanto forti da imporre reazioni di adattamento capaci di diluire il significato intrusivo e predatorio che la stessa situazione implicherebbe se vissuta al di fuori di quella relazione. Questo comporta anche il fatto che l'uso di forza e violenza esplicita si dimo-

stra raramente necessario. Ciò è confermato da accurate rilevazioni; secondo Russel (1986) il verificarsi di situazioni caratterizzate da violenza e percosse avviene solo nel 3% dei casi (Malacrea e Vassalli, 1990).

Recentemente si è ancora dibattuto su questo concetto. Mentre Rind *et al.* (2001) affermavano che i bambini possono sottostimare la portata abusiva degli atti compiuti dai loro abusanti, che quindi bisogna ammettere che tra i diritti e le leggi da un lato e le percezioni dei bambini dall'altro esiste una distanza e in definitiva andrebbe concesso che in alcuni casi esiste da parte della vittima un qualche grado di consenso all'attività sessuale, Grover (2003) argomenta che tutti gli abusi sessuali sono intrinsecamente violenti a causa della ridotta capacità del minore di dare il suo libero consenso, indipendentemente dalla percezione della vittima, e costituiscono un attentato alla sicurezza e integrità personale fisica e psicologica.

Sempre sulla nozione di "violenza", è utile considerare il punto di vista di Sgroi *et al.* (1982) che, in aperta contestazione con quanti riconducono a disturbi sessuali i comportamenti abusanti, ne situavano viceversa il fulcro nell'autorità e nel potere che il perpetratore ha sulla vittima, grazie alla posizione di dipendenza e di inferiorità di quest'ultima. In questo modo si dimostra che chi mette in atto comportamenti di questo tipo vuole soddisfare bisogni di potere e di dominio, piuttosto che di piacere (Malacrea e Vassalli, 1990), ma per raggiungere tale risultato non utilizza la forza bensì la posizione di predominio nel legame.

Anche Perrone e Nannini (1995) affermano che la maggior parte dei casi di incesto si verificano senza "violenza oggettiva", cioè direttamente esercitata, perché la vittima vive l'interazione con coscienza ristretta: il padre seduce la figlia, le fa perdere il senso critico, la confonde, al punto che ogni tipo di ribellione diventa impossibile. Dai racconti delle vittime emerge, infatti, che l'abuso avviene dopo una preparazione che ha come effetto di legarle saldamente a livello psicologico: quando non è agita direttamente la violenza o la minaccia, è messa in atto una specie di ritualizzazione delle relazioni, che annuncia l'abuso (dal semplice cambiamento dello sguardo e delle parole, agli atteggiamenti particolari, alle messe in scena). I due autori spiegano queste affermazioni facendo riferimento anche al concetto di "emprise", la forma estrema di una relazione impari che si caratterizza per l'influenza dominante che un partner esercita sull'altro, all'insaputa di quest'ultimo.

Sempre riguardo alle strategie messe in atto dalle persone che commettono questo tipo di violenze sui bambini, da una ricerca di Elliott, Browne e Kilcoyne (1995), svolta su un campione di abusanti, emergono dati molto interessanti riguardo alle tecniche utilizzate da questi ultimi per avvicinare la vittima e per mantenerla nella sua posizione di sottomissione. Secondo i risultati della ricerca, essi usano diversi modi per avvicinare il bambino o la sua famiglia: più frequentemente gioca-

no con lui, gli insegnano uno sport o a suonare uno strumento, ricorrono a “un’esca”, o lo portano a fare una passeggiata, mentre altri fanno leva sull’affetto, la comprensione e l’amore; infine gli abusanti possono ricorrere a racconti menzogneri o magici. La reazione della vittima agli atti sessuali viene testata accuratamente, attraverso la discussione di problemi riguardanti la sessualità, circondandola di materiale pornografico, e aumentando gradatamente la gravità delle interazioni. Un terzo dei perpetratori abusa un bambino una sola volta, gli altri ne incoraggiano la condiscendenza e riescono a mantenere questa relazione attraverso diversi metodi: un terzo dice espressamente al bambino di non dire nulla; il 42% presenta l’abuso come un gioco; altri utilizzano pressioni psicologiche circa il rischio di punizioni fisiche o della perdita di amore o di vedere esposta la propria presunta vergogna.

Un’ultima notazione può essere riservata a forme di violenza forse meno riconoscibili esplicitamente nella relazione (occorre ancora una volta rifarsi alla già citata definizione di Kempe): in esse, come sottolinea Malacrea (1997), è considerata la nozione di violazione di radicati tabù sociali come componente che integra la definizione di abuso. Si tratta di una forma di violenza che attacca l’appartenenza dell’individuo a un gruppo sociale dotato di regole relazionali condivise. Se in molti casi tale violenza si accompagna anche a un palese divario generazionale, di competenza e potere tra abusante e vittima, talvolta si pone in modo isolato: come nel rapporto incestuoso tra fratelli, anche sostanzialmente coetanei, in cui la violazione dei tabù sociali viene ad amplificare la forzatura del libero consenso della vittima; si pensi anche alle relazioni abusanti tra coetanei in gruppi vissuti dalla vittima come “sicuri”, come la scuola.

## 2.2. La diffusione dell’abuso sessuale

Per quanto riguarda l’incidenza e la diffusione dell’abuso sessuale non sono disponibili dati certi, in parte per la difficoltà metodologica delle rilevazioni (mancanza di uniformità delle definizioni e dei criteri di campionamento), in parte perché molti abusi non vengono denunciati, e su quelli denunciati non esistono statistiche affidabili (Berliner ed Elliott, 1996).

Come esposto più avanti nel volume, da sempre l’attenzione si è concentrata, soprattutto negli Stati Uniti, sulle ricerche retrospettive, cioè quelle che estrapolano i dati sulla diffusione dell’abuso infantile attraverso interviste a campioni composti da soggetti adulti. Briere (1992) cita, considerando i casi di abuso sessuale tra un bambino o un adolescente e una persona maggiore di almeno cinque anni, percentuali che si aggirano attorno al 20-30% nella popolazione femminile, e al 10-15% per la popolazione maschile. Finkelhor (1994, in Leventhal, 1998) evidenzia che dall’esame di diversi studi una percentuale di donne che va dal 2 al 62% riferisce episodi di abuso sessuale, mentre nella popolazio-

ne maschile la percentuale scende tra il 3 e il 16%. Putnam (2003) ha rivisto tutti gli articoli in lingua inglese pubblicati dopo il 1989 che contengono dati empirici sull'abuso sessuale all'infanzia. I risultati indicano che l'abuso sessuale costituisce approssimativamente il 10% di tutti i casi di maltrattamento infantile, con una prevalenza media del 16,8% per la popolazione femminile e del 7,9% di quella maschile. Lampe (2002) ha analogamente rivisto la letteratura per quanto riguarda la prevalenza del fenomeno in Europa: i numeri, ampiamente fluttuanti, indicano che dal 6 al 36% delle femmine sotto i 16 anni e dall'1 al 15% dei maschi sotto la stessa età sono stati vittime di abuso sessuale.

Come si vede i dati, per quanto con ampie fluttuazioni, continuano a restare concordanti sui valori medi. Nonostante occorra prudenza nel valutare l'ampiezza del fenomeno, data la grande variabilità dei dati, è tuttavia incontestabile che l'abuso infantile sia un fenomeno ampiamente diffuso, anche attenendosi ai valori minimi registrati, e ampiamente sommerso, come si deduce dalla differenza di entità tra i casi denunciati e quelli rivelati in forma anonima. È ulteriore motivo di allarme e riflessione il fatto che le inchieste meglio preparate e somministrate (come quella di Russel negli anni '80, o quella recente di Halperin, Bouvier e Reywicky nel 1997) siano quelle che raccolgono i risultati più preoccupanti. Il confronto tra i dati ottenuti basandosi sulle interviste e quelli ottenuti basandosi sui casi denunciati ha portato alcuni esperti a stimare che la reale incidenza dei casi di abuso sessuale nei confronti dei bambini sia da 2 a 20 volte maggiore rispetto alle cifre riferite dalle autorità (cfr. Kercher e Long, 1991, in Wynkoop *et al.*, 1995).

Alcune considerazioni metodologiche possono risultare utili per l'interpretazione delle differenze tra i numerosi studi epidemiologici presenti in letteratura (cfr. Bolton, Morris, MacEachron, 1989; Berliner ed Elliott, 1996; Runyan, 1998). Wynkoop *et al.* (1995) attraverso la comparazione di diverse ricerche forniscono alcune spiegazioni possibili delle discrepanze sia tra studi che si sono occupati di valutare l'incidenza (cioè il numero dei casi che si verificano in uno specifico periodo di tempo) sia tra quelli che hanno esaminato la prevalenza (cioè il numero di soggetti che sono stati vittimizzati nel corso dell'infanzia). Per quanto riguarda le ricerche sull'incidenza, in primo luogo possono essere introdotte distorsioni sistematiche nell'uso dei dati da parte dei diversi enti, che hanno scopi in qualche modo differenti nel verificare e nel trattare i casi di abuso sessuale ai danni di minori. In aggiunta, si potrebbero verificare sovrapposizioni nella raccolta dei dati grezzi, anomalie nei sistemi di raccolta dei dati o errori nella loro analisi. Infine, come già era stato accennato, la spiegazione forse più sconcertante si può trovare nelle differenze tra le definizioni di abuso sessuale infantile che portano naturalmente a discrepanze nei risultati.

Suggestivo è quanto emerge da uno studio di Menard e Ruback (2003), che hanno indagato la differenza nel numero di segnalazioni di abuso sessuale e di interventi successivi in ambiente cittadino piuttosto che rurale, concludendo che tale numero è influenzato dai fondi a disposizione dei governi locali e dal grado di allarme rispetto all'esistenza di condizioni sociali a rischio (presenza di stranieri, numero di individui che vivono al di sotto dei livelli di povertà, ecc.): fattori quindi che alterano le "lenti" attraverso cui il fenomeno è osservato.

Le ricerche che hanno valutato la prevalenza di questo fenomeno sono soggette a ulteriori problemi. Già gli studi di Finkelhor (1984) e di Peters *et al.* (1986) fornivano alcuni elementi di discussione riguardo alle possibili ragioni delle discrepanze tra queste ricerche. Si ritiene che le differenze metodologiche tra gli studi possano rendere conto della maggior parte della varianza nelle percentuali di prevalenza. In questi studi viene anche discussa la possibilità che le componenti degli strumenti della ricerca (comprendendo anche il numero e il tipo di domande; lo strumento di somministrazione, cioè attraverso il telefono, la posta, o di persona; la definizione di abuso sessuale nei confronti dei minori; il tipo di campione e la sua collocazione) siano possibili fonti di variazione nei risultati.

Recentemente Hulme (2004), attraverso una revisione degli strumenti utilizzati per le ricerche retrospettive sull'abuso sessuale nel periodo tra il 1986 e il 2001, ha rilevato che scarso consenso esista su una definizione "operazionale" di abuso sessuale. Vari autori concordano sull'utilità di costruire strumenti di rilevazione condivisibili nella forma e nei contenuti, che sono diventati ultimamente oggetto di ricerca (vedi ad esempio Mannon e Leitschuh, 2002). Se Hulme ha riscontrato una troppo ampia variabilità e la mancanza di standardizzazione nel periodo da lui considerato (per lo più si tratta di strumenti impiegati una sola volta o, se riapplicati, modificati nelle successive edizioni), altri autori continuano a perfezionarli. Ad esempio Lock *et al.* (2005) hanno analizzato un nuovo strumento autosomministrato, il *Sexual Abuse Questionnaire* (SAQ), finalizzato alla rilevazione negli adulti di una storia di abuso sessuale in forma breve (45 items), riscontrandolo affidabile e con buona capacità discriminativa. Analoghi risultati riportano Kooiman *et al.* (2002) relativamente al *Sexual and Physical Abuse Questionnaire* (SPAQ). Maggiore ricerca nel campo è comunemente auspicata.

Una sottolineatura particolare merita la posizione di Kuhlenle (1996), che dedica un capitolo del suo libro al problema della frequenza dell'abuso sessuale e dei fattori che ne ostacolano un rilievo realistico. Il capitolo è significativamente intitolato: "Elusive numbers", e cita, in partenza, numerosi studi da cui risulta una variabilità estrema nelle frequenze rilevate: per citare solo i dati derivanti dalle

inchieste retrospettive, la prevalenza dell'abuso oscilla tra il 3% e il 31% per i maschi e tra il 6% e il 62% per le femmine.

Mentre Wyncoop *et al.* (1995) puntano la loro attenzione sui problemi riguardanti i metodi di ricerca, Kuhlenle mette a fuoco principalmente l'altra faccia della medaglia, e cioè le caratteristiche della memoria post-traumatica e della rivelazione in queste situazioni. Il complesso intreccio di fattori che determina la volontà e la possibilità di svelare, sostanzialmente connessa alla percezione di potere ottenere credito (gli studi dimostrano che bambini ritardati o di altra madrelingua, come bambini che non godono del supporto materno, sono risultati particolarmente riluttanti e imprecisi, proprio perché consapevoli di non ottenere comprensione e credito), incide profondamente sulla correttezza delle stime quantitative quando si tratta di abusi in atto. Se le ricerche retrospettive sono sembrate un utile sistema per aggirare alcuni degli ostacoli riscontrati con casi in atto (per esempio, quelli relativi all'obbligo di segnalazione), tuttavia non mancano ulteriori problemi. Infatti, la memoria di un abuso sessuale può essere stata inibita all'origine (specie se il bambino era molto piccolo e poco consapevole di ciò che gli accadeva), repressa successivamente o semplicemente resa inaccessibile e/o incomunicabile per una serie di motivi legati all'economia psichica.

I fattori fin qui elencati convergono intorno all'ipotesi che le ricerche quantitative portino a sottostimare il fenomeno: tuttavia esiste anche la possibilità che bambini (specie piccoli e sottoposti a interviste suggestive) riferiscano abusi inesistenti (per i casi in atto) e che adulti recuperino false memorie d'abuso (per i dati retrospettivi), portando viceversa a sovrastimarli.

Kuhlenle conclude con un invito alla cautela nel considerare la frequenza dell'abuso sessuale all'infanzia: e non tanto per i metodi di rilevazione, ovviamente perfettibili, ma per fattori intrinseci al fenomeno e sostanzialmente imm modificabili.

Tutte le osservazioni precedenti permettono di ribadire ancora una volta che è difficile, nonostante l'elevato numero di studi, fornire dati certi sulla realtà dell'abuso sessuale; ma, nonostante ciò, appare evidente l'impossibilità di negare la sua ampia diffusione.

### 3. Fattori di rischio familiare

Dobbiamo a Finkelhor (1984) un efficace schema di quali possono essere le **pre-condizioni familiari di un abuso sessuale** ai danni di un bambino. Va subito sottolineato che la preoccupazione dell'autore è quella di delineare un complesso flessibile di condizioni predisponenti, che in nessun modo si propongono di definire un tipo di famiglia "abusante". L'autore punta anzi sull'esistenza di dinamiche non tanto che producano l'abuso, ma, piuttosto, che comportano l'impossibilità di fermarlo e di proteggere da esso, frutto dell'azione e della responsabili-

tà dell'abusante, i suoi membri più deboli. Le pre-condizioni individuate sono in tutto quattro. La **prima** fa riferimento all'esistenza nell'abusante di un impulso, conseguente a un'area di bisogni insoddisfatti, a erotizzare il rapporto con un partner debole: impulso e bisogno poco hanno a che fare con la sessualità, bensì hanno di solito origini antiche nel fallimento delle relazioni primarie e nella conseguente creazione, in qualche grado, di vissuti di carenza. La **seconda** e **terza** condizione mettono a fuoco l'insufficienza dei meccanismi di controllo, interno ed esterno alla persona dell'abusante, come origine del passaggio all'atto e della durata nel tempo dell'abuso. La **quarta** pre-condizione riguarda infine lo specifico della costruzione della relazione di dominanza psicologica dell'abusante sull'abusato, come cronico attacco alle naturali difese della vittima e continuativa espansione della sua vulnerabilità. Una lettura del tutto convergente con quanto sopra si trova anche nel volume di Trepper e Barrett (1989), in cui le stesse pre-condizioni sono articolate in termini di bilancio tra fattori di vulnerabilità, rispetto all'insorgenza dell'abuso, e di meccanismi di affronto e neutralizzazione efficace degli stessi (meccanismi di *coping*).

Recentemente una suggestiva ipotesi trigenerazionale emerge dal lavoro di Leifer *et al.* (2004), attraverso una ricerca che ha coinvolto circa 200 madri e un centinaio di nonne di bambini tra i 4 e i 12 anni, abusati e non. Dai dati risulta che la presenza di abuso sessuale era associata a disagio psicologico delle madri, a una cattiva relazione attuale tra madri e nonne e a relazioni di accudimento frammentate vissute dalle madri. Gli autori ipotizzano quindi la presenza di dinamiche familiari connesse agli stili di attaccamento quali fattori negativi importanti correlati all'abuso sessuale dei bambini. Anche Sidebotham e Golding (2001) attraverso uno studio longitudinale hanno controllato una serie di fattori familiari di rischio per l'insorgenza di situazioni di maltrattamento in senso lato nei confronti dei bambini. Si conferma un quadro già noto nel quale la fragilità psicologica e sociale dei genitori si riverbera sulla qualità dell'accudimento dei figli. Per quanto riguarda le madri, significativi fattori di rischio appaiono un'età inferiore ai 20 anni, basso livello di istruzione, una pregressa storia di abuso sessuale nell'infanzia, essere state in carico alla neuropsichiatria infantile o alla psichiatria, assenza del padre durante l'infanzia, malattie psichiatriche. Identici sono i fattori di rischio se si considerano i padri dei bambini maltrattati. Sia per i padri che per le madri un ruolo importante ha anche il maltrattamento fisico subito nell'infanzia, il divorzio o la separazione dei propri genitori, la separazione dagli stessi con affidamento a terzi, l'abuso di alcol o di droga da parte dei propri genitori e la depressione della propria madre. Gli autori confermano che la comprensione di tutti questi fattori di rischio, che si estendono almeno per le due generazioni precedenti il bambino maltrattato, richiedo-

no l'adozione di un modello ecologico del pensiero, che tenga in conto variabili individuali, familiari, comunitarie e sociali per la comprensione e l'intervento sul fenomeno.

Ma è soprattutto a Sheinberg e Fraenkel (2001) che si deve una preziosa disamina del problema della "famiglia sessualmente abusante", di cui si riferiscono le principali argomentazioni e deduzioni<sup>2</sup>. Secondo gli autori, va innanzitutto considerato obsoleto il tradizionale sistema di credenze che l'incesto giochi una funzione nella famiglia e che tutti i membri del nucleo contribuiscano alla dinamica circolare delle interazioni che mantengono il problema. Questa apparente applicazione della teoria sistemica trascura il fatto che gli autori sono principalmente uomini che arrivano ad abusare attraverso l'esercizio più o meno coperto di un potere sia sulle vittime sia sui possibili protettori, e confonde sulla responsabilità dell'abuso, che è da attribuire al solo abusante.

In secondo luogo va mantenuta chiara la distinzione tra l'ipotesi che esistano fattori familiari che mettono i bambini a rischio di abuso e l'ipotesi che esistano dinamiche che causano l'abuso: se dei primi è sensato parlare, non lo è altrettanto affermare che esistano le seconde.

Ma quali sono i fattori di rischio comprovati, su cui la ricerca converge? Quanto agli aspetti individuali, l'unica certezza è che il genere femminile della vittima sia un fattore di rischio; in aggiunta è probabile che bambini psicologicamente vulnerabili o portatori di disabilità siano a maggior rischio degli altri. La maggior parte delle ricerche si concentra quindi sui fattori familiari e sociali; del resto già Finkelhor nel 1990 sintetizzava il concetto affermando che il maggior fattore di rischio per l'abuso è «crescere in una famiglia infelice».

Tuttavia, anche i fattori più ricorrenti nelle ricerche, come vivere con genitori non biologici, con un solo genitore, o in famiglie con relazioni troppo invischiate o troppo distanti, come anche l'esistenza di un attaccamento insicuro tra madre e figlio, sono a oggi solo la base di interessanti ipotesi, senza il supporto certo dei dati, che sono anzi contraddittori in proposito. Anche i dati più consistenti, che fanno riferimento all'assenza del genitore protettivo o alla distanza fisica o emotiva tra questi e il bambino, prendono valore soltanto se si considera contemporaneamente l'esistenza di un altro fattore fondamentale, e cioè la presenza di un abusante nelle vicinanze del bambino.

Inoltre le ricerche sui fattori di rischio soffrono di molteplici limiti:

- esistono pochi studi su bambini e famiglie corredati da appropriati gruppi di controllo;

---

<sup>2</sup> Non saranno citati nel dettaglio gli studi a cui gli autori fanno riferimento, rimandando alla lettura dell'Appendice A del loro libro.

- mancano studi che tengano conto di una prospettiva evolutiva circa l'impatto dell'abuso;
- mancano studi di follow-up;
- sussistono difficoltà nel distinguere negli abusi di lunga durata i rischi antecedenti dalle conseguenze (lo stato delle famiglie appena prima della rivelazione può essere molto diverso dallo stato prima dell'inizio dell'abuso);
- appare talvolta una sovrapposizione tra fattori di rischio ed effetti (per esempio circa la distanza emotiva tra madre e figlia);
- i fattori di rischio identificati non sono né necessari né sufficienti;
- gli stessi fattori assumono diverso significato in famiglie differenti;
- l'abusante è il fattore di rischio mancante nelle ricerche (anche se il maggiore fattore di rischio è di fatto l'esistenza di un maschio sessualmente abusante che ha accesso a un bambino).

In conclusione non c'è oggi alcun supporto empirico per l'ipotesi che particolari tipi di famiglie pongano i loro bambini a rischio di abuso sessuale più di altre. Inoltre un'eccessiva focalizzazione sui fattori di rischio familiari può oscurare negativamente il fatto che la famiglia può essere una potente risorsa di resilienza. È invece del tutto giustificato e importante per le ricadute sull'intervento interrogarsi su quali fattori familiari possano migliorare o peggiorare gli esiti dell'abuso.

#### 4. L'abuso sessuale all'infanzia: gli effetti a breve e medio termine

Già Ferenczi nel 1949 aveva ipotizzato che l'esperienza traumatica di un abuso sessuale nell'infanzia potesse portare a deficit specifici nello sviluppo dell'io e delle relazioni oggettuali. Anche se non è identificabile una vera e propria "sindrome dell'incesto", si possono rilevare molte conseguenze patologiche sul piano psicologico e somatico (Kinzl e Biebl, 1992). Nonostante un'esigua minoranza di studi neghi un'influenza dell'abuso sessuale subito nell'infanzia sull'adattamento in età adulta (cfr. Rind *et al.*, 1998), sono molto più numerose le ricerche che dimostrano che aver subito un abuso aumenta la probabilità di strutturare un disturbo di personalità (Luntz, Spatz Widom, 1994).

Vari sono gli schemi utilizzati in letteratura per ordinare le varie manifestazioni psicopatologiche dell'abuso subito. Per la maggioranza degli autori esse possono essere raggruppate in due grandi categorie. La prima comprende le manifestazioni dovute all'**interiorizzazione**, vale a dire angoscia, depressione, somatizzazioni, inibizioni – i sintomi da *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) appartengono a questa categoria. La seconda raccoglie sintomi dovuti a **esternalizzazione**, come quelli della serie aggressività-delinquenza, iperattività – i comportamenti sessualizzati rientrano in questa serie.

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

- **sintomi da angoscia**, come paura, fobie, insonnia, incubi, problemi somatici (come enuresi, encopresi, prurito vaginale o anale, anoressia, obesità, cefalea, mal di stomaco), PTSD;
- **reazioni dissociative e sintomi isterici**, come periodi di amnesia, sogno a occhi aperti, stati simili alla trance, attacchi isterici, disturbo da personalità multipla;
- **depressione**, manifestata sotto forma di bassa autostima, condotte suicidarie, automutilazioni;
- **disturbi del comportamento sessuale**, che saranno successivamente approfonditi nello specifico.

Friedrich (1990), basandosi sul lavoro di Browne e Finkelhor (1986) sui vissuti traumatici, mostra i collegamenti possibili tra questi ultimi e le manifestazioni comportamentali. La **sessualizzazione traumatica** è ovviamente connessa ai comportamenti sessualizzati; la **stigmatizzazione** può spiegare sintomi quali isolamento, devianza, autolesionismo, rivittimizzazione; il **vissuto di tradimento** può connettersi logicamente alla depressione o all'iperdipendenza accompagnata dalla sfiducia tipica delle vittime; infine l'**impotenza** può essere il vissuto grazie al quale accade la trasformazione reattiva in vittimizzatore e spiega il bisogno di controllo nei rapporti.

Rispetto invece alla fase temporale di comparsa, le conseguenze dell'abuso sessuale sono suddivise da Violato (1994, ma anche da Malacrea e Vassalli, 1990) in tre sottotipi: effetti iniziali (quelli che si manifestano entro i due anni dalla fine dell'abuso), effetti che si prolungano a medio termine, ed effetti a lungo termine (quelli che si manifestano dopo più di due anni dalla fine dell'abuso e non sono necessariamente presenti fin dall'inizio).

#### 4.1. Sofferenza e disfunzioni emotive

Per quanto riguarda gli effetti iniziali, dall'esame della letteratura emerge che un'esperienza di vittimizzazione sessuale può essere rapidamente seguita da diversi disturbi della sfera emotiva (Malacrea e Vassalli, 1990); la casistica riportata nelle diverse e numerose ricerche permette di osservare che la sintomatologia riguardante i disturbi emotivi è molto più frequente nei soggetti abusati sessualmente rispetto ai soggetti del gruppo di controllo (Cerezo e Frias, 1994). Questi problemi sono stati rilevati nei bambini non solo attraverso test di personalità e strumenti proiettivi, ma anche attraverso questionari e interviste rivolte sia ai genitori sia alle vittime.

Innanzitutto, l'abuso può portare all'aggravamento di comportamenti che, se non sono preoccupanti in se stessi poiché si verificano nella maggior parte dei bambini, lo diventano se si presentano molto frequentemente. Pensiamo, a questo proposito, a difficoltà ad addormentarsi, fobie e paure, comportamenti regressivi (enuresi, ecc.), richiesta maggiore di attenzione, difficoltà scolastiche, ecc. (Wells *et al.*, 1995; Hibbard e Hartman, 1992).

In base alle ricerche più recenti, la depressione risulta essere il disturbo con maggiore incidenza tra i bambini e gli adolescenti che hanno subito un abuso sessuale (Elliott e Briere, 1992), anche se questo sintomo non può essere considerato specifico in quanto è correlato a tutte le esperienze sfavorevoli infantili (ACE, *Adverse Childhood Experiences*, vedi Chapman *et al.*, 2004). Jehu (1988, in Briere, 1992) ha mostrato come i sintomi depressivi siano associati a una serie di credenze e pensieri correlati all'abuso ("sono cattivo e indegno"). Un'altra spiegazione della genesi di questo disturbo, basata maggiormente su una visione relazionale, è fornita dal "modello dell'impotenza" (*helplessness model*) di Abramson *et al.* (1978), che ha trovato molte conferme nelle ricerche di Walker (1984, in German, 1990). Secondo questi autori un bambino abusato riceve un'intensa stimolazione negativa attraverso la sua interazione con l'adulto che si prende cura di lui. Gli autori sostengono che si svilupperanno nella piccola vittima sintomi depressivi quando percepisce che molto probabilmente la situazione avrà una fine negativa, e sente di non essere capace di cambiarla. I bambini avvertono di avere un insufficiente controllo degli eventi, in particolare di quelli sfavorevoli; possono quindi tentare di dare un senso alle circostanze attraverso la convinzione che la responsabilità delle cose negative che capitano loro sia da attribuire alle proprie qualità interiori e costanti (Cerezo e Frias, 1994). In questo modo, il piccolo impara che non può proteggere se stesso e sviluppa anche un intenso senso di colpa.

Può accadere che questo stato depressivo esiti in un suicidio o in un tentativo di suicidio, anche se la correlazione tra la depressione e l'idea del suicidio è abbastanza bassa, secondo quanto risulta dagli studi di Wozencraft, Wagner e Pellegrin (1991). Dieci anni dopo la ricerca non è altrettanto tranquillizzante. Infatti, Plunkett *et al.* (2001) attraverso interviste a 183 giovani vittime di abuso sessuale hanno riscontrato una frequenza di tentati suicidi 13 volte superiore alla frequenza relativa alla popolazione di pari età (il 32% degli abusati ha tentato il suicidio) e una frequenza ancora maggiore di pensiero suicidario (il 43% degli abusati). Ciò si verifica maggiormente se non c'è sostegno in famiglia (negazione del genitore, ostilità verso la vittima invece che verso l'abusante). Su un numero molto maggiore di intervistati adolescenti (2.603 soggetti), Bergen *et al.* (2003) hanno comprovato la con-

nessione tra abuso sessuale e suicidalità, sia come rischio sia come passaggio all'atto. I fattori di mediazione tra l'esperienza infantile e il comportamento sono stati individuati nella disperazione e nella depressione, che risultano più frequenti rispettivamente nei maschi e nelle femmine. In generale, le bambine sessualmente abusate sono a maggior rischio di suicidio, indipendentemente da altri fattori psicopatologici. Anche Horesh *et al.* (2003), comparando la correlazione tra comportamento suicidario in adolescenza e l'esistenza di pregresse esperienze sfavorevoli infantili, hanno confermato il nesso sia con l'abuso sessuale infantile sia con il maltrattamento fisico. Mentre quest'ultimo, specie se con rischio morte, produce una sindrome depressiva maggiore, e da qui il tentato suicidio, la dinamica di mediazione tra l'abuso sessuale e il tentato suicidio è invece un disturbo di personalità borderline.

La tendenza suicidaria può poi comparire in forme più coperte: per esempio, le ricerche riguardo alla tossicodipendenza hanno rilevato che, nella popolazione di donne che hanno corso il pericolo di morire di overdose, il 72% riferisce di aver subito una qualche forma di abuso sessuale. Inoltre, tra coloro che avevano rischiato la morte più spesso, le forme di abuso erano più gravi e l'abuso era avvenuto prima dei tredici anni e per un lungo periodo (Xavier *et al.*, 1998).

L'ansia costituisce un altro dei principali sintomi appartenenti al gruppo delle disfunzioni emotive. L'abuso si presenta per sua natura come un atto minaccioso e distruttivo, e porta le vittime a diventare inclini a sentimenti di allarme o paura generalizzati (anche se è interessante notare come la violenza sessuale sia associata a un senso di ansia minore e meno duraturo rispetto ad altre forme di maltrattamento che, in qualche modo, minacciano la vita della vittima, come il maltrattamento fisico). Il comportamento ansioso ha origine nel fatto che l'abuso del bambino avviene in un ambiente confusivo, e perciò allarmante, in cui sono compresenti, assieme a vincoli affettivi, anche elementi fortemente disfunzionali, come l'intrusione, l'abbandono, la svalutazione e/o la sofferenza. Per questo motivo, la vittima può sviluppare un'associazione condizionata tra dati ambientali apparentemente neutrali o positivi e il pericolo, sperimentando paura anche se il pericolo non è attuale.

Beck e Emery (1985) evidenziano i seguenti elementi costitutivi dei disturbi ansiosi: uno stato di ipervigilanza verso i pericoli nell'ambiente non sempre oggettivamente giustificato; un'eccessiva preoccupazione per il mantenimento del controllo, dovuta alla credenza che anche un'insignificante perdita di autodeterminazione o autoprotezione possa causare una catastrofe; un'interpretazione degli stimoli interpersonali oggettivamente neutrali o positivi come dimostrazioni di pericolo o minaccia.

L'ansia legata all'abuso può essere trasposta nell'eccessiva preoccupazione per il corpo. Spesso ci si riferisce a questi problemi con i ter-

mini “psicosomatico” o “somatizzazione”, che suggeriscono l'intreccio tra il disagio psicologico e la salute fisica. I problemi che sono più spesso associati agli episodi di abuso sono: cefalea, mal di stomaco, nausea, disturbi del sonno, anoressia, asma; ma molti altri sintomi di malessere fisico compaiono in questi casi e non trovano spiegazioni fisiologiche (Briere, 1992).

Sadowski *et al.* (2003) hanno studiato le dinamiche psicopatologiche in bambine sessualmente abusate, nonché alcuni fattori di rischio connessi all'ambiente: risultano presenti sia i sintomi depressivi che ansiosi, in associazione con un cattivo funzionamento sul piano sociale.

Alcuni autori si sono occupati di individuare la patogenesi di questi sintomi emotivi e le varie teorie contribuiscono a metterne in evidenza diversi aspetti.

I lavori di Bowlby (1988) e Ainsworth (1985), che sottolineano come le esperienze precoci di attaccamento nell'infanzia abbiano un importante impatto sul successivo sviluppo emozionale e relazionale, suggeriscono che l'abuso può compromettere il senso di sicurezza e la credenza in un mondo giusto e certo. Pertanto, un episodio di abuso in questo periodo cruciale dello sviluppo può probabilmente alterare la capacità relazionale, generando un modello di attaccamento ansioso o insicuro che dà origine a sentimenti di paura e frustrazione. Tuttavia, il fatto che anche bambini con un attaccamento sicuro sviluppino sintomi ansiosi se vengono successivamente abusati, mostra che i problemi connessi all'attaccamento non possono essere gli unici elementi causali dello sviluppo del senso di ansia e paura (Briere, 1992). Di Blasio (2000) ha messo in luce, attraverso la revisione delle ricerche di alcuni autori, che l'attaccamento e l'abuso subito non appaiono correlati, ma esercitano differenti influenze sugli effetti a lungo termine: la gravità dell'abuso sembra predire i classici sintomi del disturbo post-traumatico da stress, mentre l'insicurezza del legame di attaccamento appare predittivo di angoscia, depressione e disturbi della personalità.

Numerosi autori hanno recentemente rivolto la loro attenzione al disturbo da stress post-traumatico come spiegazione dei disturbi emotivi causati dall'abuso sessuale. Se già Freud coniò il termine “nevrosi traumatica”, solo negli anni '70 (con il cruciale “Chowchilla study” di Terr, 1976) si iniziò a studiare sistematicamente la genesi di questi disturbi (Zeanah, 1996).

Poiché non è stata mai identificata una sindrome specifica che descriva tutte le conseguenze dell'abuso sessuale nei bambini, e copra l'intera gamma dei sintomi, i disturbi da stress post-traumatico sono stati considerati come possibile diagnosi che potrebbe corrispondere all'insieme della patologia successiva all'abuso (Rowan e Foy, 1993).

Il concetto di *Post-Traumatic Stress Disorders* permette di descrivere il modo in cui eventi relativamente brevi o discontinui possono giu-

stificare una notevole parte delle diverse reazioni collegate che si presentano nei mesi e negli anni seguenti al trauma (Wolfe, Sas e Wekerle, 1994). Con questo termine ci si riferisce ad alcuni sintomi psicologici persistenti che si verificano in reazione a eventi altamente angoscianti e fisicamente distruttivi. I criteri proposti dal DSM IV (APA, 1994) per la diagnosi sono:

- il soggetto si è confrontato con circostanze che hanno implicato la morte, o la minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia dell'integrità fisica propria o di altri; la risposta della persona comprendeva paura intensa, orrore o sentimenti di impotenza (in particolare, nei bambini ciò si può esprimere in un comportamento disorganizzato o agitato);
- l'evento traumatico tende a essere rivissuto in modi diversi;
- vengono persistentemente evitati gli stimoli associati all'evento traumatico e attenuata la reattività generale;
- sono presenti sintomi persistenti di aumentata eccitazione;
- il disturbo ha una durata superiore a un mese;
- il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

Generalmente, questa patologia si sviluppa secondo una precisa sequenza: una prima fase acuta in cui compaiono reazioni immediate di disorganizzazione, sentimenti di vulnerabilità, incredulità, bisogno di isolarsi, senso di annichilimento; in seguito compaiono reazioni a breve termine, che comportano emozioni e sentimenti più articolati, anche se ambivalenti e contrastanti (autocolpevolizzazione e, contemporaneamente, odio verso l'aggressore); infine compaiono le reazioni a lungo termine che implicano la perdita di fiducia in se stessi e sintomi depressivi (crisi di pianto, insonnia, isolamento depressivo, incubi, disinteresse verso di sé e verso gli altri, sfiducia negli altri) (Di Blasio, 1996).

I risultati di uno studio di Wolfe, Sas e Wekerle (1994) mostrano che circa la metà dei bambini abusati sessualmente soddisfa i criteri per la diagnosi di PTSD.

Come ricorda Di Blasio (2000) la relazione tra PTSD e maltrattamento infantile, abuso sessuale compreso, è assolutamente accertata (Wolfe e Gentile, 1989, McLeer *et al.*, 1998), tanto che ormai la letteratura più recente non si occupa più di dimostrare tale legame, concentrandosi invece sugli approfondimenti clinici. Drell, Siegel e Gaensbauer (1996) raccomandano l'attenzione ai sintomi tipici del PTSD nei bambini: immagini e sogni intrusivi, esperienze in cui il bambino rivive o riattualizza il trauma in risposta a stimoli che lo rievocano, evitamento di situazioni e stimoli associati al trauma e comparsa di eventua-

li sintomi associati (restrizione della gamma di affetti, distacco, calo di interesse nelle attività significative, perdita di abilità recentemente acquisite) e/o presenza di sintomi psicopatologici più generici, quali difficoltà nel sonno e ipersensibilità del sistema nervoso autonomo. Gli autori sottolineano l'importanza dell'osservazione del bambino, soprattutto nel gioco, ponendo attenzione alle tematiche proposte o evitate dal piccolo e alle sequenze ripetute, tipiche del gioco post-traumatico magistralmente descritto dalla Terr (1981) come caratterizzato dalla compulsività, dalla non risoluzione positiva, dal malessere crescente del bambino e dai sintomi neurovegetativi che lo accompagnano.

È importante tenere presente che i sintomi del PTSD sono simili a quelli della sindrome da deficit di attenzione con iperattività (DDAI, o ADHD, *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* secondo il DSM III-R), e può quindi sorgere un problema di diagnosi differenziale. Mentre i bambini con ADHD senza trauma sono quasi esclusivamente maschi, l'ipervigilanza e l'iperattività possono essere presenti sia nei maschi che nelle femmine abusati. La discriminazione, poi, dovrebbe poggiare soprattutto sull'individuazione della patogenesi di tali condotte. Infatti, nelle piccole vittime esse derivano dal fatto che alcune componenti dell'abuso pregresso diventano segnali capaci di provocare paura e ansia anche se non sono poi effettivamente seguiti dall'abuso. È il caso per esempio di odori o suoni, o immagini visive associate all'abuso che, pur presentandosi al di fuori di esso, e quindi anche dopo che esso è cessato, sono elaborate dal sistema nervoso come indicatori di pericolo ed evocano una risposta di iperallarme, con ipereccitazione e angoscia, spesso senza che il bambino che li sperimenta sia consapevole della connessione con l'abuso stesso (Glaser, 2000).

Anche la dissociazione può essere collegata, a vario livello, all'abuso infantile, perché è una delle possibili risposte al trauma.

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

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

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

Riconoscere e interpretare correttamente i sintomi dissociativi è di fondamentale importanza. Spesso il bambino è definito come “particolare”, “diverso dagli altri”, senza riuscire maggiormente a dettagliare in cosa consista la differenza. Altre volte, invece, presenta sintomi che fanno proporre diagnosi connesse a problemi di attenzione, di apprendimento o di comportamento, se non di psicosi. Lo studio di Putnam riporta la presenza, in percentuali che vanno da un terzo dei casi al 90%, di allucinazioni uditive sotto forma di voci persecutorie che ordinano al bambino di fare del male a qualcuno o discutono tra loro commentando malevolmente il comportamento del bambino, o più raramente voci che confortano il bambino durante gli episodi di abuso. I bambini più piccoli possono descrivere allucinazioni visive come “fantasmi” o “fate”. Il singolo sintomo che maggiormente definisce il disturbo dissociativo è la presenza di stati di simil trance, in cui il bambino è assente, spesso a occhi sbarrati, e non sembra in contatto con l’ambiente. Ciò a volte ha condotto a diagnosi, mai supportate da evidenze elettroencefalografiche, di piccolo male epilettico.

#### 4.2. Problemi comportamentali

I problemi che riguardano l’area della devianza sociale hanno attirato l’attenzione di clinici e ricercatori anche più dei problemi psicologici. Infatti, probabilmente, gli effetti dell’abuso sul comportamento suscitano maggiore preoccupazione in coloro che si occupano di salute mentale e di giustizia, soprattutto quando si manifestano come conseguenze a lungo termine, nell’età adulta. Sebbene questa speciale attenzione suggerisca in modo sbagliato che le sofferenze e i disagi delle persone depresse, introverso o con una personalità dissociata siano in qualche modo meno importanti, lavorare in questo campo è senza dubbio fondamentale per la prevenzione di un’ampia porzione dei problemi sociali. Infatti, comportamenti antisociali sono comuni come conseguenze della vittimizzazione sessuale subita nell’infanzia.

Un’altra interessante ricerca (Widom e Ames, 1994) mostra che l’abuso sessuale, paragonato ad altri tipi di abuso e trascuratezza, aumenta il rischio personale di compiere un crimine in età adulta.

Fehon, Grilo e Lipschitz (2005) hanno esaminato 130 adolescenti ospedalizzati in strutture psichiatriche: quelli che esprimevano com-

portamenti violenti erano in misura significativamente maggiore vittime in precedenza di abuso, con più alti livelli di impulsività, dissociazione e PTSD. L'abuso sessuale emerge anche come il più forte fattore predittivo del comportamento violento (ad esempio contro i genitori) e/o criminale e/o trasgressivo (fughe) nelle ragazze adolescenti (Herrera, McCloskey, 2003).

L'uso di sostanze psicoattive e dell'alcol danno risultati immediati come "pain-killer" per molti soggetti che soffrono di depressione, ansia, o ricordi sconvolgenti. Gli effetti principali dell'alcol e delle droghe sono: la forte attenuazione o l'eliminazione della disforia; l'induzione di euforia o di un senso di relativo benessere; l'interferenza con il ricordo di eventi dolorosi. Inoltre, in alcuni casi, esse forniscono l'opportunità di esprimere un sentimento doloroso, altrimenti inibito, oltre che un'occasione per trovare un gruppo di supporto (Briere, 1992).

L'associazione tra l'uso di droghe e di alcol e l'abuso sessuale è ben documentata dalla ricerca di Briere e Runtz (1988), i cui risultati mostrano che le pazienti sessualmente abusate hanno una probabilità 10 volte maggiore di utilizzare droghe, e più del doppio di possibilità di presentare una storia di alcolismo, rispetto al gruppo di controllo costituito sempre da donne con problemi, ma non abusate nell'infanzia. Anche Bailey e McCloskey (2005) hanno analizzato il legame tra l'abuso sessuale nell'infanzia e l'uso di sostanze da parte di 150 ragazze adolescenti, riscontrando una correlazione significativa soprattutto con il basso controllo comportamentale.

Oltre alla devianza sociale e all'abuso di sostanze, molti altri disturbi comportamentali possono conseguire all'abuso. I comportamenti più problematici in questo ambito sono: l'automutilazione, l'attività sessuale frequente e indiscriminata, la sovralimentazione compulsiva e cronica, le spese folli, l'attività ad alto rischio. Vediamo i più importanti nel dettaglio.

- Automutilazione è definita come un danno o una deturpazione del corpo deliberatamente autoinflitta e autodeterminata, e non accettabile per la società. Molti ricercatori hanno dimostrato che questo comportamento è utilizzato per ridurre la tensione psichica collegata a una percezione estremamente negativa, a un senso di colpa e di odio verso di sé, al sentimento di impotenza e di intensa depersonalizzazione e a un processo di pensiero frammentato. Sebbene provochi un senso di calma nell'immediato, nel tempo questo comportamento risulta gravemente disadattivo poiché porta a circoli viziosi, che spiegano la resistenza alla cura (Briere, 1992). Questi comportamenti risultano inoltre strettamente correlati ai disordini alimentari, specialmente all'anoressia e ai tentativi di suicidio (Baral *et al.*, 1998).

- Comportamenti sessuali compulsivi: nelle persone abusate nell'infanzia si trovano spesso rapporti sessuali frequenti e con partner sempre diversi. Ciò può apparire come la ricerca di vicinanza e intimità, in conseguenza alla forte deprivazione precedente. Una seconda motivazione per questo comportamento vede l'utilizzo del sesso come distrazione, eccitazione ed evitamento del senso di vuoto (Briere, 1992). Questi comportamenti si presentano in periodi di depressione, di solitudine, quando si percepisce di essere abbandonati o l'abuso ritorna continuamente alla mente. Dai dati delle ricerche emerge che le donne che hanno subito un abuso sessuale nell'infanzia costituiscono gran parte del gruppo in cui si verifica una vittimizzazione da adulte (Cloitre, 1998). Fergusson (*et al.*, 1997, in Kendall-Tackett, 2002) conferma che le donne con una storia di abusi sessuali nell'infanzia hanno più probabilità di essere violentate o abusate in ambito domestico da adulte; Teegan (1999, in Kendall-Tackett, 2002) ha rilevato che il 41% degli adulti vittime di abusi sessuali infantili avevano subito violenza sessuale in età adulta sia in ambito domestico che extradomestico. Arata (2002) ha passato in rassegna le ricerche sull'incidenza della rivittimizzazione tra soggetti abusati sessualmente da bambini, trovando che questa circostanza riguarda circa un terzo dei soggetti considerati, i quali hanno un rischio da due a tre volte maggiore dei gruppi di controllo di andare incontro a una vittimizzazione sessuale nell'adolescenza o nell'età adulta. Ne conseguono un PTSD e sintomi dissociativi più gravi. Noll (2005) ha messo in evidenza l'esistenza di un ciclo della violenza che comincia nell'infanzia con l'abuso sessuale, riemerge in adolescenza e giovinezza nella forma dello stupro e della rivittimizzazione sessuale e mette a rischio di vittimizzazione la generazione successiva. Briere (*et al.*, 1997, in Kendall-Tackett, 2002) hanno trovato che, al contrario, le vittime di abusi fisici nell'infanzia non rischiavano vittimizzazione sessuale da adulte. Inoltre, nella sfera della sessualità le donne vittime di un abuso sessuale mettono in atto comportamenti a rischio, come i rapporti sessuali non protetti e la tendenza a scegliere partner ad alto rischio di un'infezione da HIV (Whitmire *et al.*, 1999).
- La sovralimentazione compulsiva e cronica (*binging and purging*). Le ricerche hanno rilevato che i soggetti con problemi alimentari riferiscono spesso storie di abuso sessuale nell'infanzia, in particolare le persone bulimiche. Questa particolare associazione è supportata dagli studi che riguardano le famiglie delle bulimiche, che si presentano come disfunzionali, intrusive e aggressive e, perciò, potenzialmente abusanti. Inoltre la bulimia appare come una risposta a eventi stressanti e affetti dolorosi, analoga ai com-

portamenti di automutilazione (Briere, 1992). Recentemente Striegel-Moore *et al.* (2002) hanno confermato l'associazione con le esperienze di abuso sessuale nell'infanzia in donne, sia bianche che nere, affette da bulimia-anoressia; altri fattori associati sono il maltrattamento fisico, la discriminazione e gli atti di bullismo perpetrati dai pari, ma con un peso differente nei due gruppi etnici. Analogamente Swanston *et al.* (2003), nel rivedere l'adattamento psicologico di 103 bambini abusati sessualmente nove anni dopo l'intervento dei Servizi di protezione, sottolineano la presenza, tra molti altri sintomi psicopatologici, di una notevole percentuale di comportamenti di bulimia-anoressia, con induzione di vomito; per quanto molti articolati fattori di rischio vengano considerati, rimane chiara la significativa correlazione tra abuso sessuale infantile e comportamento anoressico-bulimico.

La dinamica che può spiegare tali disturbi comportamentali fa riferimento alla necessità di ridurre la tensione conseguente all'esperienza traumatica. Le vittime di abuso possono sentire la spinta a esternare i loro conflitti e problemi attraverso l'aggressività e la rabbia; in aggiunta, possono soffrire di una specifica incapacità nel controllo dell'istinto, che risulta in un'alterata inibizione delle risposte comportamentali ai bisogni e alle frustrazioni. In ogni caso il problema comportamentale può rappresentare una decisione, cosciente o non cosciente, di "scegliere il male minore": di fronte all'estrema angoscia collegata all'abuso, spesso ridestata dalla rivittimizzazione e/o da un rifiuto o da un abbandono percepito, la vittima può impegnarsi in attività che l'anestizzano, interrompendo i sentimenti dolorosi e impedendo la presa di consapevolezza dell'abuso.

Si pensa che questo «modello di risposta riduttrice di tensione» (Briere, 1992) sia appreso durante e/o in seguito alle esperienze traumatiche, quando ogni sistema per evitare il dolore viene rinforzato. Nel corso del tempo i bambini imparano ad affrontare l'angoscia ricorrendo alla distrazione, o ai comportamenti anestizzanti, oltre che alla dissociazione. In questo modo si crea un pericoloso circolo vizioso che compromette lo sviluppo. Infatti, l'efficacia di questi meccanismi nel ridurre la tensione inibisce la ricerca di più efficaci abilità di controllo degli affetti, lasciando la vittima senza altre alternative per affrontare ulteriori sofferenze.

Questi comportamenti si verificano secondo una serie di passaggi prevedibili: il soggetto abusato sperimenta o prevede una serie di eventi stressanti, che risultano simili ai problemi non risolti che riguardano l'abuso. Essi ridestano o aggravano forti sentimenti di rabbia, ansia, impotenza, e innescano la ricerca di ogni mezzo che riduca la tensione, spesso sperimentato come scelta impulsiva o ego-distonica. Se questi com-

portamenti sono efficaci, si verifica uno stato di calma temporanea. Comunque, possono essere presenti anche la colpa o il disgusto per le proprie azioni e il senso di non averne il controllo, sentimenti che possono, paradossalmente, motivare ulteriormente la necessità di mettere in atto questi agiti, e il comportamento che riduce la sofferenza viene probabilmente ripetuto anche in presenza di pressioni o minacce (Briere, 1992).

Questa prospettiva pone l'accento non solo sull'incapacità di modulazione degli affetti dolorosi, ma anche sul grado di angoscia (dovuta a eventi del presente o del passato) che la vittima sperimenta. Quest'ultimo, infine, appare parzialmente determinato oltre che dalle capacità del soggetto di autocalmarsi e di sopportare la sofferenza e il dolore, anche dal supporto ricevuto dall'ambiente e dallo schema cognitivo (McCann e Pearlman, 1990).

Anche se i bambini più piccoli non incorrono solitamente nel rischio di sviluppare patologie così pericolose e articolate come quelle sopra descritte, tuttavia dinamiche analoghe sono riconoscibili in essi e possono produrre serie distorsioni nei comportamenti.

Esaminando, ad esempio, il gioco, si vede che nei bambini abusati esso presenta particolari caratteristiche, diverse, come descritto da Terr (1981), da quelle dei bambini non traumatizzati:

- la ripetitività compulsiva: i bambini traumatizzati continuano il loro gioco fino a quando qualcuno dice loro di fermarsi, oppure vengono allontanati, o raggiungono una comprensione emotiva della connessione con il trauma;
- il legame inconscio tra il gioco post-traumatico e l'evento traumatico, che rimane tale fino a quando non è interpretato dal terapeuta;
- la mancanza di elaborazione e la povertà delle difese, cioè il gioco di questi bambini si presenta come una ripetizione grezza dell'evento che li ha traumatizzati;
- il fallimento del gioco nel fornire un sollievo all'ansia;
- l'ampia gamma d'età dei bambini coinvolti in questi giochi;
- le variazioni del tempo intercorso tra il momento dell'abuso e lo sviluppo di questo tipo di gioco;
- la possibilità che il gioco coinvolga secondariamente anche bambini che non hanno subito il trauma, "contagiando" altri soggetti più giovani;
- la pericolosità.

Normalmente, il gioco è per il bambino un sistema di elaborazione mentale che permette di affrontare meglio le diverse situazioni ambientali, favorendo la crescita, lo sviluppo e l'eliminazione dell'ansia. I

bambini traumatizzati tentano di utilizzare il gioco con questi stessi scopi, ma ciò può non portare al successo per diverse ragioni. La prima è il fallimento sul piano delle identificazioni, in quanto nel gioco post-traumatico il bambino non riesce a immedesimarsi in qualcun altro perciò non può usare sufficienti difese e prendere distanza dall'evento. La seconda ragione è rappresentata dal fallimento della possibilità di fornire una buona conclusione all'evento poiché avendo sperimentato il trauma nella realtà, non c'è la possibilità di immaginare un lieto fine. Infine, il terzo motivo dell'inefficacia di questo tipo di gioco è che esso tenta di affrontare un evento esterno reale piuttosto che un'esperienza interiore, perciò la finzione non potrà mai maneggiare compiutamente il problema, come accadrebbe se questo esistesse solo nel vissuto del bambino. Tutto ciò finisce per aggravare l'ansia, perché ne ricrea le condizioni.

Altri disturbi importanti possono emergere nell'area dell'apprendimento. Sia la condizione di ipereccitazione che quella di dissociazione cooperano a produrre l'impossibilità di concentrarsi e le interferenze con il processo di apprendimento. I bambini affetti da PTSD nello stato dissociato non possono rientrare in possesso di informazioni apprese nello stato di non dissociazione e quindi utilizzarle. È importante dunque mettere a fuoco nella valutazione la natura secondaria del problema ed evitare di leggere la discontinuità delle prestazioni scolastiche come indicativa di comportamento oppositivo-provocatorio, per esempio quando sembra che i bambini si rifiutino di eseguire compiti di cui sono capaci o che mentano quando negano di avere fatto o detto cose, che si sono direttamente osservate, ma che possono far parte di ricordi dissociati.

Un altro disturbo diffuso è la messa in atto di comportamenti sessualizzati. Proprio come per i disturbi della sfera sessuale negli adulti vittimizzati da bambini, anche in questi ultimi la confusività che accompagna l'esperienza traumatica sessuale può dar luogo a importanti distorsioni delle conoscenze e delle modalità di interazione delle piccole vittime, ancora una volta secondo la direzione dell'accentuazione compulsiva o quella dell'evitamento.

I comportamenti sessualizzati dei bambini contengono una carica profondamente turbativa per l'adulto che li osserva. Nonostante la loro grande diffusione tra i soggetti seguiti dai Servizi pubblici di protezione dell'infanzia, specie se i bambini sono collocati al di fuori della famiglia, e nonostante che molto sia ormai noto sull'argomento, giustamente alcuni autori richiamano il fatto che non soltanto i genitori o gli insegnanti, ma anche educatori specializzati nei contesti residenziali hanno una conoscenza limitata sui comportamenti appropriati per la fase evolutiva e su quelli che invece indicano un abuso sessuale (Baker, Schneiderman e Parker, 2001; Kools, Kennedy, 2002).

La letteratura sull'argomento è copiosa e precisa, soprattutto nel rispondere alla giusta esigenza di distinguere tra comportamenti di esplorazione sessuale comuni a tutti i bambini e comportamenti di sicura marca post-traumatica. Se negli USA è stato soprattutto Friedrich (1989, 1991, 1992) che si è dedicato, a partire dalla messa a punto del *Child Sexual Behavior Inventory*, a definire con accuratezza le due categorie, in Europa è utile fare riferimento agli studi di Lindblad (1995) e Fitzpatrick (1995). Peraltro tali autori giungono a conclusioni simili: nella norma è più frequente rilevare comportamenti sessualizzati nei bambini tra i due e i cinque anni, indipendentemente dal sesso; in età successive i comportamenti sessualizzati tendono a decrescere in modo più evidente nei maschi che nelle femmine, mentre per quanto riguarda il tipo, l'unica differenza consiste in una prevalenza del comportamento esibizionistico nei maschi. Friedrich *et al.* (1992) hanno cercato di dare un "peso specifico" a ciascuna delle condotte sessualizzate attraverso uno studio multicentrico effettuato negli Stati Uniti e nel Canada. È stata confrontata la frequenza di ciascuna manifestazione nel gruppo dei bambini abusati e nel gruppo "normativo", costituito da bambini con altri problemi psicologici ma non abusati. La ricerca ha messo in luce che mentre alcuni comportamenti sono altrettanto frequenti nei due gruppi (o addirittura più frequenti nel gruppo "normativo"), altri compaiono con frequenza bassissima nel gruppo "normativo" (rispettivamente in meno dell'1% per i comportamenti definiti "molto rari", e in meno del 3% per quelli definiti "rari"), mentre sono presenti in misura significativamente maggiore nel gruppo delle piccole vittime (rispettivamente, fino all'11% e fino al 18%). I comportamenti che configurano un indicatore diagnostico decisamente allarmante, sono: mimare contatti oro-genitali, richiedere agli adulti di coinvolgersi in rapporti sessuali, masturbarsi con oggetti procurandosi dolore, inserire oggetti in vagina o nell'ano, considerati comportamenti "rarissimi"; imitare il coito, emettere suoni solitamente collegati all'atto sessuale, baciare "alla francese" (con penetrazione della lingua), spogliare altre persone, chiedere di vedere in televisione programmi esplicitamente sessuali, come comportamenti "rari".

Nel loro studio clinico su 87 piccoli abusati, Malacrea e Seassaro (1999) hanno applicato alla loro casistica la griglia di analisi di Friedrich, trovando ampie convergenze. Le autrici suggeriscono, sulla base della loro esperienza, anche alcune ulteriori specificazioni nell'individuazione di condotte sessualizzate indicative di abuso sessuale. La prima considerazione riguarda il problema della frequenza, considerata elemento importante nel lavoro di Friedrich *et al.* (1992) per giudicare la significatività del comportamento rilevato: le autrici osservano invece che talora manifestazioni del gruppo "molto raro" e "raro" possono assumere alta significatività anche se comparsi una sola volta, an-

zi in quel caso si pongono come “messa in scena” dell’abuso con straordinaria forza suggestiva; d’altro canto, accanto alla reiterazione di singole condotte dovrebbe essere considerata la compresenza di più e multiformi condotte nello stesso bambino, come segnale di una profonda perversione, di marca traumatica sessuale, dell’identità e del modo di relazionarsi. Una seconda considerazione concerne la tipologia dei comportamenti significativi, tra cui due comportamenti particolarmente preoccupanti non citati da Friedrich. Si tratta del leccare o chiedere di essere leccato, «atto che può essere esplicitamente riferito a parti sessuali o effettuato/richiesto anche su altre parti del corpo [...] e che risveglia l’allusione a interazioni oro-genitali o comunque a un investimento anomalo per il bambino sull’area orale»; e della compulsione a vittimizzare sessualmente altri bambini più piccoli.

Quest’ultimo comportamento è stato molto studiato da Gil e Johnson (1993). Le autrici per comprendere che valore dare ai comportamenti dei bambini piccoli (entro i 12 anni) propongono uno spettro di manifestazioni ingravescenti. La base normativa comprende: comportamenti sessuali adeguati all’età con acquisizione di conoscenze – tra pari – su basi pienamente volontarie; assenza di vissuti di vergogna, paura, angoscia; atti facilmente controllabili.

Segue il gruppo dei bambini reattivi dal punto di vista sessuale: in questi l’interesse è prevalentemente centrato su questioni sessuali; i comportamenti sessualizzati sono più frequenti e sproporzionati all’età; i piccoli sperimentano profonda vergogna, intensa colpa e angoscia. Spesso questi soggetti sono stati abusati sessualmente o esposti a materiale pornografico o provengono da famiglie ipersessualizzate. I comportamenti agiti sono soprattutto di tipo masturbatorio, ma se coinvolgono altri bambini la differenza di età è minima e non c’è uso di forza, né vittimizzazione, né coercizione al silenzio. Spesso i comportamenti sessualizzati di questi bambini hanno caratteristiche post-traumatiche, o consistono nella coazione a ripetere o nella messa in scena dell’abuso in precedenza subito. Talvolta questi comportamenti costituiscono delle rivelazioni indirette (Sorensen e Snow, 1991; Malacrea e Seassaro, 1999). È relativamente facile controllare queste condotte, poiché solitamente non hanno caratteristiche di segretezza, manipolazione e sovraccarico di eccitazione tipico dei bambini che abusano.

Il terzo stadio comprende i bambini che hanno comportamenti sessuali gravi e agiti su altri: essi hanno caratteristiche di compulsività, pervasività, presenza di tutta la gamma di atti sessuali degli adulti, uso di persuasione – ma non di forza – per coinvolgere gli altri bambini. Essi appaiono indubbiamente come un modo ridondante per entrare in relazione con gli altri. I bambini che li esprimono risultano essere stati abusati sessualmente e/o fisicamente e/o provengono da famiglie altamente problematiche e ipersessualizzate.

L'ultimo livello di gravità riguarda bambini che abusano: essi sono caratterizzati da pensieri e azioni pervase da sessualizzazione, impulsività, compulsività, aggressività. Ci sono sempre uso di coercizione, assenza di empatia, sentimenti di rabbia, solitudine, paura. La maggior parte di questi bambini è stata vittima di abuso sessuale, spesso anni prima che iniziasse la vittimizzazione di altri bambini. Il clima familiare è connotato dall'estrema violenza tra i genitori. Solitamente la gratificazione sessuale non è il movente prioritario di questi comportamenti: quando questi bambini sperimentano vissuti dolorosi, e sono angosciati, cercano uno scarico passando all'atto sessuale e/o aggressivo. Dopo un fugace sollievo, essi si sentono peggio, e ricomincia il ciclo.

Quanto alle dinamiche psicologiche che possono stare alla base di tali comportamenti, si ritrova ancora l'esigenza di scarico della tensione, di conseguire un'anestesia attraverso l'eccitazione, di dissociare in tal modo il pensiero dagli aspetti dolorosi dell'abuso, di aggredire altri, solitamente percepiti deboli come se stessi in passato, nel tentativo di riprendere il controllo di ciò che ha fatto sentire profondamente impotenti. Gil e Johnson ci ricordano, riprendendo il sempre utile concetto di vissuto traumatogeno di sessualizzazione traumatica di Browne e Finkelhor (1986), che i bambini abusati attivano comportamenti sessuali inadeguati come esito di un apprendimento. Imparano a scambiare attenzioni e affetto con sesso (rinforzo positivo) e/o a evitare punizioni attraverso la disponibilità sessuale (rinforzo negativo). Imparano che il sesso può modulare l'ansia e promuovere vissuti di sicurezza e benessere, nonostante contemporaneamente ne derivino vissuti di vergogna, confusione, isolamento. Inoltre lo sviluppo sessuale è distorto dall'inappropriata ed eccessiva attenzione a sensazioni e comportamenti che normalmente insorgerebbero in modo graduale nel corso della crescita. Il clima emotivo in cui si svolge questo tipo di apprendimento può ulteriormente spaventare e confondere i bambini, che non hanno strumenti per comprendere i vari aspetti dell'eccitazione sessuale. Tutto ciò ha conseguenze durature e spesso fa da *imprinting* su ciò che il bambino impara sulla sessualità adulta. Di conseguenza i bambini possono centrare i loro interessi in modo eccessivo o insolito su questioni sessuali e possono infine coinvolgersi in atti sessuali inappropriati con altri bambini o con adulti (Gil e Cavanagh Johnson, 1993).

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

Inoltre, se il contesto familiare è caratterizzato da abuso fisico, rifiuto, e conseguente ansia da separazione, ciò intensifica l'importanza delle modalità sessuali, facilitando l'eroticizzazione dei bambini. Così

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

Lo sviluppo del pensiero di Friedrich (Friedrich *et al.*, 2003) lo ha portato a riconoscere sempre più nella genesi dei comportamenti sessualizzati fattori multipli, di cui l'esperienza di trauma sessuale è soltanto uno: condizioni familiari sfavorevoli, modelli di educazione coercitiva, modelli educativi di sessualità pesano altrettanto nella produzione di tali comportamenti. Ancora oltre si spingono Silovsky e Niec (2002): studiando i comportamenti sessualizzati dei bambini in età prescolare hanno riscontrato una debole associazione con storie di abuso sessuale accertato (non più del 40%), mentre erano presenti nell'esperienza dei bambini maltrattamento fisico e violenza assistita in famiglia. Va tuttavia considerato che queste ultime forme di violenza potrebbero semplicemente essere più apparenti dell'abuso sessuale, per sua natura più segreto, e non ne escludono affatto l'esistenza: la difficoltà di accertamento, poi, è ovvia quando i bambini sono tanto piccoli.

#### 4.3. Disturbi nelle relazioni interpersonali

Mentre le conseguenze a livello comportamentale o sintomatico attirano l'attenzione della società, molte persone abusate sperimentano difficoltà in settori sociali meno visibili, come le relazioni con gli altri. Spesso l'abuso avviene nel contesto di una relazione d'intimità e di fiducia, così che il bambino impara a temere chi gli è prossimo o diventa ambivalente nei suoi confronti. Ne conseguono «problemi nelle relazioni intime, nel fidarsi e nell'accettare l'autorità», problemi che possono avere conseguenze molto gravi (Briere, 1992).

«Tali conseguenze consistono prevalentemente nella paura e nell'ambivalenza tra il desiderio di sperimentare legami di attaccamento e il sentirsi in essi vulnerabili» (Briere, 1992). Secondo Alexander (1992, cit. in Di Blasio, 2000), la modalità di attaccamento insicuro-evitante a causa dell'abuso subito rende il bambino incapace di difendersi e di chiedere aiuto agli adulti, l'inversione di ruoli o la parentificazione lo rendono più vulnerabile alla manipolazione e un attaccamento disorganizzato lo spinge a temere la dissoluzione della famiglia. La qualità dell'attaccamento sembra mediare non solo le reazioni emotive del bambino all'abuso sessuale, ma anche la sua capacità di far fronte concretamente alla situazione. Uno studio di Roche *et al.* (1999) indica che una storia segnata dall'abuso sessuale è predittiva dello stile

di attaccamento dell'adulto, che a sua volta costituirà il mediatore tra l'esperienza infantile e l'adattamento psicologico successivo.

Forse uno degli aspetti più dolorosi e distruttivi dell'abuso è il suo impatto sulla capacità della vittima di fidarsi degli altri. Dato che richiede la sospensione delle difese e l'assunzione di essere in mani sicure, la fiducia è un sentimento che causa difficoltà alle persone che sono state maltrattate. La continua aspettativa di essere maltrattato, la difficoltà a fidarsi, la tendenza a reagire eccessivamente alla percezione di un rifiuto o di una svalutazione possono portare all'isolamento. Di conseguenza l'amicizia e le relazioni amorose possono essere sporadiche, superficiali e raramente sono durevoli. Un altro problema di queste persone è l'associazione tra l'entrare in relazione e rischiare il maltrattamento: esse possono sia evitare del tutto la vicinanza interpersonale sia accettare come inevitabile un certo livello di aggressività nelle relazioni (Briere, 1992). In quest'ultimo caso si può generare il rischio che la vittima sia nuovamente coinvolta nell'abuso in un contesto relazionale diverso (Gelinas, 1983).

Come già riferito, anche la sessualità è alterata: se nel paragrafo precedente abbiamo considerato ciò nel suo aspetto compulsivo-difensivo, ne va analizzata anche la valenza più specificamente relazionale, in cui ha un ruolo determinante la dinamica sopra descritta a riguardo dell'intimità. Negli adulti possono insorgere disfunzioni sessuali dovute alla paura della vulnerabilità e di una nuova vittimizzazione, alla sfiducia verso i partner sessuali o verso la gente in generale; oppure, all'opposto, compare la tendenza a idealizzare eccessivamente le persone o a esserne dipendenti. Inoltre può avvenire un eccessivo interessamento per le questioni sessuali o la sessualizzazione delle interazioni. Questo contraddittorio panorama deriva dalla confusività che ha circondato la vittimizzazione sessuale e dall'uguale confusività dei meccanismi difensivi conseguenti. Da una parte, una persona che ha direttamente sperimentato il trauma di essere abusato può volere evitare i pensieri che riguardano la sessualità per le associazioni dolorose e la paura che comportano. D'altro canto, il fatto di essere stata prematuramente messa al corrente delle questioni sessuali può facilmente incrementare l'interesse della vittima riguardo a questi argomenti. Inoltre, queste vittime hanno imparato fin da piccole che la sessualità è l'unico modo per ottenere la vicinanza fisica e le cure e che la loro sessualità è l'aspetto più interessante per le persone che hanno potere. Ciò nei casi più gravi può condurre alla prostituzione; altre volte porta a ritenere che la sessualità sia il modo migliore per mantenere o iniziare una relazione intima, oppure per ottenere attenzioni o potere.

È anche possibile che si verifichi una spinta alla ripetizione dell'abuso nei confronti della nuova generazione (Gelinas, 1983). Questo possibile passaggio da vittima nell'infanzia a persecutore nell'età adul-

ta avviene soprattutto negli uomini, e può derivare o dal fatto molto probabile che anche l'aggressore sia stato un uomo e serva da modello, e/o dalla particolare sensibilità di questi individui ai messaggi sociali che incoraggiano nei maschi l'uso della violenza nelle relazioni con i più deboli (Briere, 1992)<sup>3</sup>. Una ricerca di Hall, Sachs e Rayens (1998) mostra che anche le donne possono diventare a loro volta abusanti verso i bambini. In particolare risulta che le donne che hanno subito un abuso sessuale violento nell'infanzia hanno una probabilità sei volte maggiore di diventare potenziali abusanti dei loro figli.

Un altro tipo di comportamento è la manipolazione. Questo termine si riferisce a quei comportamenti, in apparenza non aggressivi, messi in atto per ottenere beni e/o servizi da coloro che altrimenti non li concederebbero. Le situazioni vissute da queste persone nell'infanzia possono averle condotte a vedere il mondo come un ambiente ostile, dove nulla è meritato o dato gratuitamente. In questo modo le vittime imparano che l'unico mezzo per ottenere qualcosa è di scambiarla con qualcos'altro, o ottenerla con l'inganno. Inizialmente questa è solo una strategia di adattamento, che poi viene rinforzata e resa stabile dall'ambiente costantemente maltrattante. Nella prospettiva delle vittime questo è un comportamento necessario per sopravvivere. Per quanto tale condotta appaia funzionale alla persona abusata, ha l'effetto negativo di allontanare gli altri, dando origine a un circolo vizioso.

Un ulteriore comportamento che evidenzia un disturbo relazionale è il comportamento aggressivo, di segno opposto ai precedenti. Conseguenza frequente dell'abuso, l'aggressività appare come una generica manifestazione del trauma a esso legato, della disforia e del modello comportamentale offerto dai genitori. Come recentemente avverte Chop (2003), questi bambini, se ospitati in una comunità sostitutiva della loro famiglia abusante, costituiscono per lo staff un enigma; qualunque sforzo facciano gli educatori gli *acting out* continuano. Essi vanno correttamente compresi, come l'effetto nel rapporto della dicotomia persecutore-vittima (propria dei modelli operativi interni di questi bambini), dell'identificazione all'aggressore, del disprezzo verso se stessi e della perversa relazione oggettuale. Tali comportamenti non sono la conseguenza di ciò che accade nel presente, ma il retaggio del passato traumatico. Anche in questo caso, tuttavia, la frequente conseguenza è l'isolamento, che porta a sua volta a un incremento dell'aggressività (Briere, 1992).

Altre volte, al polo opposto, gli effetti dell'abuso comportano invece la valorizzazione della capacità di essere buoni, arrendevoli e passivi nelle interazioni con gli altri, per evitare che l'abuso avvenga.

---

<sup>3</sup> Un'approfondita analisi delle dinamiche che possono portare a questo esito si trova in De Zulueta (1993).

#### 4.4. Effetti a livello cognitivo

La capacità di formarsi opinioni significative riguardo a se stessi, agli altri, all'ambiente, e al futuro, si basa sull'apprendimento nell'infanzia. Nei bambini abusati questa abilità e la percezione di sé sono spesso distorte a causa delle violenze subite: possono essere sovrastimati i pericoli e le avversità del mondo ed essere sottostimati l'efficacia e il valore personale. Lo studio dell'impatto cognitivo della violenza sessuale lega quest'ultima al successivo senso di colpa, alla bassa autostima, all'autorimprovero e a ulteriori attribuzioni distorte. Per esempio, le donne con una storia di abuso sessuale sono più inclini ad attribuire gli eventi negativi a fattori interni e stabili, al loro stesso carattere e comportamento.

Browne e Finkelhor (1986) hanno sottolineato che tre delle dinamiche particolarmente distruttive che generano il trauma, cioè la stigmatizzazione, il tradimento e l'impotenza, hanno la capacità di alterare, oltre al tono affettivo, anche la percezione del mondo e di sé. La percezione negativa, derivata dall'abuso, riconosce probabilmente due fonti: le specifiche reazioni psicologiche della vittima e il tentativo della stessa di dare un significato a ciò che le è accaduto.

Un effetto comune della vittimizzazione è l'ipervigilanza verso il pericolo, che può condurre alla iper-reattività in presenza di minacce potenziali, reali o immaginarie. La percezione di essere sempre in pericolo e la sensazione di impotenza, collegate al vissuto di non-controllo sperimentato nell'abuso, sono ulteriormente aumentate dal fatto che l'abuso è avvenuto quando la vittima era un bambino, perciò ancora fisicamente e psicologicamente in situazione di oggettiva inferiorità. Inoltre, le vittime possono percepire un movente sessuale o di sfruttamento nei comportamenti delle figure autorevoli, e quindi possono rispondere con l'evitamento o al contrario con la condiscendenza, mettendo in atto in quest'ultimo caso un comportamento passivo o sessualizzato.

Questa sensazione di pericolo è aggravata dalla mancanza di difese contro queste minacce. L'effetto più prevedibile di questa dinamica è la crescente presupposizione di essere senza risorse o possibilità di scelta. I bambini accettano il fatto che la possibilità di evitare l'abuso non sia sotto il loro controllo e successivamente estendono questo assunto anche ad altri eventi meno incontrollabili, lungo un percorso che porta alla cosiddetta "impotenza appresa". Questa si può presentare anche come passività nei confronti del pericolo o autopercezione di inadeguatezza nell'affrontare le circostanze avverse e ciò può portare a una forte vulnerabilità nei confronti di ulteriori vittimizazioni.

Rilevando attraverso un questionario apposito lo stile attributivo dei bambini abusati (*Children's Attributional Style Questionnaire, CASQ*) Runyon e Kenny (2002) hanno constatato una significativa relazione tra i sintomi manifestati dai soggetti (di tipo depressivo o da PTSD) e il loro stile attribuzionale negativo, che ne è il mediatore.

La mancanza di autostima può anche derivare da ciò che è chiamata stigmatizzazione, il messaggio negativo che la vittima riceve dall'abusante, o indirettamente dalla società. L'interiorizzazione di questi giudizi negativi produce frequentemente il senso di colpa, la vergogna e l'autorimprovero; ma non si può escludere che tale vissuto emerga anche se non ci sono componenti stigmatizzanti nell'ambiente relazionale. Quas, Goodman e Jones (2003) hanno raccolto dettagliate informazioni sulle caratteristiche dell'abuso e dell'ambiente familiare di 218 minorenni (età 4-17 anni) vittime di abuso sessuale. Maggiore risultava il biasimo rivolto verso se stessi quando la relazione con l'abusante era più stretta, quando l'abuso sessuale era stato più intrusivo e duraturo, quando l'esperienza era percepita come disgustosa e quando il bambino aveva tentato di reagire con il diniego, convincendosi che nulla era accaduto: tutti fattori prettamente individuali.

Preoccupante è il fatto che la disapprovazione di se stessi sia di solito la porta per reazioni più massive di spegnimento del pensiero, come se doversi anche rimproverare per quanto subito rendesse incontrollabile l'impatto negativo del ricordo. Ullman e Filipas (2005), nell'esplorare le differenze di genere nella reazione all'abuso sessuale in un gruppo di 733 adolescenti, hanno rilevato che l'autorimprovero è specialmente caratteristica delle femmine ed è associato a maggiore diffusione e gravità dell'abuso. Il pensiero negativo su di sé si instaura immediatamente dopo gli eventi traumatici e comporta il ricorso a strategie di evitamento del pensiero, di ritiro in se stesse e di tentativi di dimenticare quanto accaduto. Ciò avviene anche se i soggetti si sono confidati con altre persone e ne hanno ricevuto supporto, e comporta il mantenimento del disagio e delle reazioni da PTSD. Questo stile cognitivo si mantiene nel tempo: lo comprova una ricerca di Talbot *et al.* (2004) su donne adulte vittime nell'infanzia di abuso sessuale, tra le quali l'inclinazione a provare sentimenti di vergogna a seguito dell'abuso e l'uso di difese dissociative appaiono significativamente correlati.

In realtà, l'autovalutazione negativa può derivare, in modo autocotono, anche dal tentativo di dare un senso a quello che è successo. Ne deriva una serie di inferenze quasi logiche basate sulla comprensione dell'evento da parte del bambino, che si sviluppano in questo modo:

- un genitore o un adulto di cui mi fidavo mi ha fatto del male;
- questo può essere dovuto a due cause: o sono stato cattivo io o lo è stato lui;
- mi hanno insegnato che i genitori sono sempre nel giusto e fanno sempre le cose per il nostro bene, solo quando facciamo qualcosa di sbagliato ci puniscono, ma sempre per il nostro bene;
- perciò deve essere colpa mia se mi hanno fatto del male, quindi mi merito le punizioni;

- sono così spregevole come quello che mi viene fatto, sono cattivo perché mi viene fatto del male e mi viene fatto del male perché sono cattivo;
- mi fanno male molto spesso e/o in modo piuttosto grave, perciò devo essere stato molto cattivo.

La forza di questo pensiero risiede nelle sue qualità auto-perpetuantesi che fanno sentire i loro effetti anche nell'adolescenza e nell'età adulta. Tralasciando le già citate conseguenze di questa "filosofia" interiore sul benessere psichico, merita un accenno la ricaduta di tale bassa autostima sulla percezione di sé come genitore. Fitzgerald *et al.* (2005) hanno analizzato la percezione di efficacia come genitore e di buona relazione con i figli nelle madri che nell'infanzia avevano subito un abuso sessuale; in parallelo sono state eseguite osservazioni dirette del rapporto tra queste madri e i loro bambini. Sebbene le vittime di abuso infantile si descrivano come meno capaci delle madri del gruppo di controllo, i loro stili interazionali con i figli sono complessivamente positivi e comparabili con quelli delle madri non abusate; nello specifico le madri abusate mostrano livelli di supporto, assistenza e confidenza medio-alti e i bambini mostrano alti livelli di affezione verso le loro madri: si conferma che le percezioni dei soggetti abusati rispetto alla propria competenza sono irrealisticamente negativi.

Considerando il problema da un altro punto di vista, forse maggiormente personale e meno relazionale, si possono notare distorsioni a livello della memoria e del pensiero, connesse all'uso di difese dissociative.

Ci sono tre comportamenti dissociativi molto comuni tra le vittime di abuso:

- **estraniazione**: è probabilmente il più comune e il più semplice, implica una separazione cognitiva dell'individuo dall'ambiente al momento del trauma. Consiste nel ritiro in uno stato di neutralità affettiva e cognitiva, dove i pensieri e la consapevolezza degli eventi sono messi in disparte;
- **distacco/paralisi**: ci si riferisce a quegli stati in cui la persona diminuisce l'intensità delle sensazioni negative associate a pensieri, ricordi o eventi che stanno accadendo, così da potersi dedicare alle attività necessarie senza essere distratto o immobilizzato dall'angoscia;
- **auto-osservazione**: si verifica quando le persone abusate fanno l'esperienza di vedere se stessi dal di fuori negli eventi in cui sono direttamente coinvolti. Nella forma cronica si presenta come una tendenza a evitare di sentirsi direttamente coinvolti in eventi stressanti o traumatici.

Un'ultima modalità di evitamento dell'angoscia connessa al trauma è l'**amnesia**. Per raggiungere questo scopo il soggetto esclude l'evento, e le sensazioni a esso connesse, dalla sua consapevolezza (Briere, 1992).

#### 4.5. Il disturbo post-traumatico da stress complesso

Già nel suo testo del 1992, Judith Herman aveva fatto presente la preoccupazione, ampiamente giustificata, che le multiformi manifestazioni psicopatologiche conseguenti all'abuso sessuale subito nell'infanzia venissero inserite in categorie diagnostiche e descrittive troppo parcellizzate e quindi inefficaci ai fini clinici per programmare un adeguato e complessivo intervento riparativo. L'autrice, anche sulla scorta di una revisione bibliografica conseguente alla diffusa insoddisfazione a riguardo delle diagnosi fino ad allora effettuate per i soggetti reduci da vittimizzazioni gravi, insiste per la necessità di una nuova concettualizzazione delle conseguenze dei traumi non circoscritti (come quelli per cui si è definita la PTSD) ma ripetuti e prolungati, capaci perciò di provocare profonde deformazioni della personalità e grande vulnerabilità alla ripetizione di eventi simili. Propone quindi la definizione di **disturbo post-traumatico da stress complesso** per indicare il limite estremo di gravità di una vasta gamma di esiti, che vanno da quello fuggevole e non bisognoso di cura a quello derivante appunto da eventi traumatici ripetuti e prolungati. Nonostante tale definizione sia stata da anni proposta all'attenzione dell'American Psychiatric Association per l'inserimento nel DSM, non risulta che il suggerimento sia stato finora accolto. Tuttavia, per la precisione e la completezza del quadro diagnostico che disegna e per il prezioso contributo che fornisce a riguardo della comprensione dei soggetti vittime di abusi sessuali nell'infanzia, si ritiene utile riportare nel dettaglio la descrizione data dall'autrice del disturbo post-traumatico da stress complesso, che si articola sui seguenti criteri.

1. Una storia di sottomissione a controllo totalitario per periodi prolungati (mesi o anni). Esempi includono: ostaggi, prigionieri di guerra, sopravvissuti a campi di concentramento e sopravvissuti di alcune sette religiose. Altri esempi includono coloro che sono soggetti a sistemi totalitari nella vita sessuale e domestica, inclusi i sopravvissuti alla violenza domestica, all'abuso sessuale o fisico subito nell'infanzia e allo sfruttamento sessuale organizzato.
2. Alterazione nella regolazione degli affetti, inclusi:
  - stato disforico continuo
  - preoccupazione suicidaria cronica
  - autolesionismo
  - rabbia esplosiva o eccessivamente inibita (possono alternarsi)
  - sessualità compulsiva o eccessivamente inibita (possono alternarsi).

3. Alterazioni dello stato di coscienza, inclusi:
  - amnesia o ricordi intrusivi degli eventi traumatici
  - episodi dissociativi transitori
  - depersonalizzazione/derealizzazione
  - rivivere esperienze, sia sotto forma di sintomi intrusivi da disturbo post-traumatico da stress sia sotto forma di ruminazione cognitiva e preoccupazione continua.
4. Alterazioni nella percezione del Sé, inclusi:
  - senso d'impotenza o paralisi dell'iniziativa
  - vergogna, colpa e auto-denigrazione
  - senso di contaminazione o di stigmatizzazione
  - sensazione di essere completamente diversi dagli altri (può includere sentirsi speciali, estrema solitudine, credenza che nessuno possa comprenderci, o senso d'identità non umana).
5. Alterazioni nella percezione dell'abusante, inclusi:
  - preoccupazioni nella relazione con l'abusante (inclusi i pensieri di vendetta)
  - attribuzione irrealistica di potere assoluto all'abusante (in effetti, il giudizio di realtà sul potere dell'abusante da parte della vittima può essere più realistico di quello che ha il clinico)
  - idealizzazione o gratitudine paradossale
  - convinzione di intrattenere con l'abusante una relazione speciale o soprannaturale
  - accettazione del sistema di credenze o delle razionalizzazioni dell'abusante.
6. Alterazioni nei rapporti con gli altri, inclusi:
  - isolamento e ritiro
  - frantumazione delle relazioni intime
  - ricerca continua di un salvatore (può alternarsi con l'isolamento e il ritiro)
  - fallimenti ripetuti nella capacità di autoproteggersi.
7. Alterazioni nel sistema dei significati, inclusi:
  - perdita di un senso di fiducia durevole
  - senso d'impotenza e di disperazione.

L'adozione di questo modello per la comprensione e la descrizione delle conseguenze psicopatologiche dei traumi gravi e continuativi permette, secondo la Herman, di evitare il pericoloso balletto dell'attribuzione di un'etichetta psichiatrica "altra" a questa complessa sindrome. L'autrice analizza le tre principali sindromi attribuite alle vittime di trauma, cioè il **disturbo psicosomatico**, il **disturbo di personalità bor-**

**derline** e il **disturbo di personalità multipla**, concludendo l'impossibilità di arrivare in questi casi a precise definizioni diagnostiche poiché i quadri sintomatologici rimangono per molti aspetti embricati trasversalmente alle tre sindromi. Il maggior rischio di una diagnosi psichiatrica non corretta e specifica di disturbo post-traumatico complesso è il ritardo nel ritrovare la connessione tra sofferenza psichica e quadro originante degli eventi, chiave per il processo riparativo dato che il riconoscimento del trauma è centrale nel percorso terapeutico. Quando i pazienti approdano a questa consapevolezza, non hanno più bisogno di attribuire i loro problemi a un difetto interiore del proprio sé. In questo modo si apre la via alla creazione di nuovi significati dell'esperienza e a una nuova identità non più stigmatizzata. Questa comprensione fornisce le basi per un'alleanza terapeutica di cooperazione che normalizzi e validi le reazioni emotive dei sopravvissuti agli eventi passati e che permetta quindi di riconoscere che tali reazioni potrebbero essere maladattive nel presente, contrastando anche i rischi di rivittimizzazione.

#### 4.6. Effetti sulla salute fisica

In un campione di quasi 5.900 adolescenti e adulti Sachs-Ericsson *et al.* (2005) hanno rilevato la presenza di problemi di salute nell'anno precedente l'indagine. Nei soggetti che erano stati vittime di abuso fisico o sessuale nell'infanzia è emersa una correlazione con i problemi di salute, che, contrariamente alle aspettative, non diventa più significativa se le esperienze sfavorevoli si sommano rispetto a quando sono presenti in modo indipendente. Analogamente Fiddler *et al.* (2005) hanno studiato la possibile correlazione tra la frequente consultazione medica (in reparti di neurologia, cardiologia e gastroenterologia) e la presenza nei pazienti di esperienze di abuso nell'infanzia. La prevalenza di queste ultime, specie abuso sessuale e grave trascuratezza, è nel campione particolarmente elevata (40,3%) ed è correlabile al 50% in più di visite mediche effettuate nello stesso periodo. Il fattore di mediazione tra l'esperienza infantile e il ripetuto accesso a prestazioni mediche era costituito dall'attribuzione a una malattia fisica dei sintomi somatici conseguenti al funzionamento post-traumatico.

Tuttavia non è soltanto la "lettura" che il paziente tende a dare dei suoi disturbi somatici a provocare una morbilità aumentata, a questo punto per lo più priva di base organica. Le complesse alterazioni post-traumatiche del funzionamento cerebrale e, di conseguenza, di tutto l'albero di trasmissione dal cervello agli organi, possono ben rendere ragione di effettivi malfunzionamenti con base organica. Ad esempio, la ricerca aveva già constatato un'alterazione nella produzione di ormone tiroideo nei combattenti veterani del Vietnam affetti da PTSD: Friedman *et al.* (2005) hanno comprovato che simili alterazioni sono presenti in ex vittime di abuso sessuale nell'infanzia sofferenti di PTSD, in particolare con elevazione dell'ormone tiroideo totale e di alcuni rapporti tra frazioni dello stesso.

Altri autori hanno ipotizzato una suggestiva relazione tra l'uso di difese dissociative e la produzione di sintomi somatoformi: d'altro canto ciò è coerente con quanto si sa dell'alternativa tra la mentalizzazione del disagio *versus* lo scarico anche somatico dello stesso.

Anche se non specificamente riferibili a stati patologici, altri parametri relativi alla salute fisica risultano alterati dopo un abuso sessuale. In un'indagine sulla salute riproduttiva le vittime di abuso sessuale nell'infanzia (Vigil, Geary e Byrd-Craven, 2005) sono risultate significativamente più precoci nel menarca, nel primo rapporto sessuale, nel desiderio di avere un figlio e nel primo concepimento: malgrado un più elevato stato socioeconomico rallenti leggermente questo sviluppo accelerato, e la concomitanza di altre disfunzioni familiari risulti invece in un'accelerazione ancora maggiore, l'aver subito abuso rimane sempre la variabile più significativamente predittiva della precocità nelle tappe dello sviluppo sessuale e generativo.

## 5. L'abuso sessuale all'infanzia: i fattori di mediazione degli esiti a lungo termine

A fronte dell'imponente e inquietante panorama delle conseguenze dannose di un abuso sessuale subito nell'infanzia sta la constatazione della non generalizzabilità di esse. Pur essendo quindi fuori questione il potenziale distruttivo di tale esperienza è necessario interrogarsi sui fattori di gravità e sui possibili fattori protettivi che possono contrastare tale potenziale. Ciò è tanto più interessante se ne potremo trarre indicazioni di intervento per attuare una prevenzione secondaria degli esiti post-traumatici.

È ormai accertato che alcuni fattori contribuiscono ad aggravare il trauma e a rendere maggiormente vulnerabile il bambino. Essi possono essere distinti in fattori precedenti l'abuso inerenti la personalità della vittima e i suoi ambiti relazionali, fattori intrinseci all'abuso e fattori che intervengono dopo la scoperta dell'abuso.

### 5.1. Fattori precedenti l'abuso

Pine e Cohen (2002) occupandosi di traumi infantili in generale hanno rivisto la letteratura circa i fattori che possono predire una psicopatologia a seguito di esperienze sfavorevoli infantili. Ne risulta confermata la constatazione che caratteristiche di personalità patologiche precedenti il trauma e l'esistenza di reti sociali di supporto disgregate sono i maggiori fattori predittivi di esiti negativi, nella stessa misura del livello di gravità dell'esperienza stessa. Analoghe sono le conclusioni dello studio di Sullivan (2002) su adolescenti economicamente svantaggiati le cui vite erano caratterizzate da traumi multipli: l'abuso sessuale può avere su di essi un effetto devastante con lo sviluppo e la persistenza di disturbi psichiatrici, specie del tipo internalizzato e ipervigilante.

Hornor (2002) richiama la necessità di approfondire i fattori di rischio psicosociali delle famiglie dei bambini vittime di abuso, in quan-

to fondamentali per predire la gravità degli esiti e per orientare l'intervento. Analogamente Dong *et al.* (2003) hanno correlato l'abuso sessuale subito nell'infanzia con altre nove categorie di esperienze sfavorevoli infantili (ACE, Adverse Childhood Experiences) che includono abuso, trascuratezza e tipologie multiple di disfunzione familiare. Lo strumento applicato è stato un questionario autosomministrato consegnato a più di 17.000 soggetti che avevano avuto accesso a programmi di prevenzione sanitaria. Se era presente nell'infanzia un abuso sessuale (25% delle donne e 16% degli uomini) la probabilità che ci fossero associate esperienze di altre condizioni sfavorevoli in famiglia era da due a tre volte maggiore che nei soggetti non abusati; tali esperienze associate erano tanto più frequenti quanto più l'abuso era stato grave e quanto più si era verificato in tenera età. La concomitanza di tali circostanze sfavorevoli aveva ricadute sulla salute presente. Svedin, Back e Soederback (2002) hanno effettuato un interessante studio analitico europeo sulla percezione del clima familiare da parte di un certo numero di adolescenti (18) e donne adulte (20) vittime nell'infanzia di abuso sessuale, utilizzando un'intervista semistrutturata e il questionario *Family Climate Test*. Tutte avevano taciuto mentre l'esperienza accadeva, anche se la durata era stata in media di 2,5 anni per le adolescenti e di 6 anni per le adulte. Segreto, isolamento, problemi familiari, relazioni devianti e interrotte erano i tipici attributi del clima familiare per i soggetti intervistati; un basso livello di intimità e un alto livello di distanza andavano di pari passo con un basso livello di spontaneità e un alto livello di relazioni caotiche. Per quanto effettuato su piccoli numeri, lo studio non fa che confermare, con lo strumento prescelto, l'associazione tra abuso sessuale, specie intrafamiliare, e disfunzione familiare. Analogamente Kellogg e Menard (2003) hanno messo a fuoco la violenza nelle relazioni familiari dei nuclei in cui i bambini sono abusati sessualmente. In un campione di 164 soggetti tra i 7 e i 19 anni vittime di abuso sessuale hanno riscontrato una preoccupante compresenza di violenza fisica sia sui figli che tra partner: in particolare il 52% di questi soggetti ha riferito violenza tra i genitori, e in questo sottogruppo nell'86% dei casi anche i bambini erano oggetto di maltrattamenti fisici; gli uomini violenti verso i bambini nel 50% dei casi li abusavano anche sessualmente. È necessario, concludono gli autori, tener presente l'alto rischio di violenza in famiglia quando i bambini risultano vittime di abuso sessuale e costruire interventi di protezione non soltanto per loro ma anche per i fratelli e la madre. Identico esito ha avuto lo studio di Meyerson *et al.* (2002) su un campione di adolescenti dai 16 ai 18 anni, vittime nell'infanzia di abuso sessuale. Maschi e femmine percepiscono il loro ambiente familiare come più conflittuale e meno coeso rispetto a soggetti di controllo non abusati e la concomitanza di questi fattori sembrerebbe predisporre a depressione e disagio in adolescenza.

Swanston *et al.* (2002) si sono chiesti quante volte un bambino abusato sessualmente venga successivamente rivittimizzato quando è ancora in età evolutiva. I 183 soggetti considerati in una loro ricerca avevano un'età compresa tra 5 e 15 anni e sono stati rivalutati sei anni dopo la prima segnalazione alle Unità per la tutela infantile. Circa un terzo dei soggetti è stato segnalato per qualche forma di abuso successivamente alla prima segnalazione di abuso sessuale, e circa un sesto ha dovuto subire un altro abuso sessuale: del resto, uno su dieci soggetti aveva già al suo attivo una segnalazione di abuso sessuale antecedente il momento zero della ricerca. La vittimizzazione ripetuta è correlata a significativi fattori predittivi: se uno di essi riguarda le caratteristiche dell'evento in sé (la gravità degli atti di abuso) gli altri riguardano le caratteristiche del clima familiare in cui il soggetto è vissuto, e precisamente una segnalazione per abuso emozionale precedente quella per abuso sessuale nonché l'avvicinarsi per il bambino di molte figure di riferimento affettivo. Gli autori concludono che la rivittimizzazione dei bambini abusati è il sintomo di una disfunzione familiare che persevera, e che quindi deve diventare un focus dell'intervento.

Un esito particolarmente temibile è la trasformazione delle vittime in abusanti. Salter *et al.* (2003) hanno condotto uno studio longitudinale su 224 maschi adolescenti e adulti che hanno subito abuso sessuale nell'infanzia, per identificare quali fattori di rischio siano associati all'abuso in quelli che successivamente abusano sessualmente a loro volta. Nel loro campione, gli autori hanno rilevato poco più del 10% di abusanti sessuali, invariabilmente con interesse pedofilo, principalmente extrafamiliare. I fattori di gravità relativi all'esperienza infantile includono la trascuratezza materiale, la mancanza di vigilanza da parte dei genitori, il sesso femminile del proprio abusante, nonché l'aver frequentemente assistito a una seria violenza intrafamiliare. Per contro, nel campione considerato nessun fattore protettivo sembra in grado di contrastare i fattori di gravità sopra elencati.

## 5.2. Fattori intrinseci all'abuso

Si discutono adesso le variabili intrinseche all'abuso che contribuiscono a rendere più grave il trauma.

Con la precisazione che i diversi studi sul tema non hanno ancora raggiunto una conclusione univoca, Briere (1992) propone una revisione di alcuni di essi, da cui risultano significativi i seguenti fattori: maggior frequenza e durata (Elliott e Briere, 1992; Stell *et al.*, 1996); presenza di diversi abusanti (per esempio, Peters, 1988); abuso con penetrazione o rapporto sessuale (per esempio, Finkelhor *et al.*, 1989; Beitchman *et al.*, 1991; Mennen e Meadow, 1995); rapporto sessuale ottenuto con la forza (Fromuth, 1986; Mennen e Meadow, 1995); abuso verso un bambino molto piccolo (per esempio, Zyvney *et al.*, 1988); molestie da parte di una persona di età molto maggiore della vittima (per esempio,

Finkelhor, 1979); associazione con l'abuso fisico (per esempio, Briere e Runz, 1989); presenza di molte caratteristiche bizzarre dell'abuso (per esempio, Briere, 1988); assunzione di responsabilità da parte della vittima (per esempio, Wyatt e Newcomb, 1991); percezione, da parte della stessa, di un sentimento di impotenza, di tradimento, e/o di essere stata disonorata (per esempio, Henschel *et al.*, 1990). A loro volta, il senso di infamia e l'autocolpevolizzazione risultano influenzati particolarmente dal livello di gravità dell'atto sessuale a cui il bambino è stato sottoposto (Coffey *et al.*, 1996). Appare opportuno sottolineare anche i risultati di uno studio di Steel *et al.* (1996) dal quale emerge che uno dei fattori di gravità dell'abuso sessuale nell'infanzia è l'identificazione del perpetratore in una persona familiare alla vittima.

Anche Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor (1993) arrivano ad analogha sintesi: l'impatto più grave è connesso a una relazione più stretta tra il bambino e l'abusante, alla maggior frequenza degli atti, alla durata più lunga, all'impiego della forza, alla penetrazione (orale, anale, vaginale).

Altre ricerche hanno messo in luce la correlazione tra i fattori di gravità dell'abuso sessuale e determinate conseguenze che si presentano nel bambino. Da uno studio di Silk *et al.* (1995) si rileva che, tra i diversi elementi considerati nello studio che possono rendere più gravi gli effetti dell'abuso (la lunga durata, il tipo di atto implicato, il legame di parentela con il perpetratore), il protrarsi nel tempo sembra essere un fattore forte nella determinazione di alcuni specifici aspetti dei comportamenti interpersonali e del funzionamento psicologico che portano a strutturare un disturbo di personalità borderline. Anche Herman (1992) sostiene che quest'ultima psicopatologia risulta, nei suoi studi, molto frequentemente correlata ad abusi sessuali infantili prolungati e a inizio precoce. L'aspettativa che il mondo sia un luogo vuoto e ostile potrebbe avere parte delle sue radici nella ripetizione dell'esperienza di vittimizzazione.

McClellan *et al.* (1996) hanno riscontrato, in una ricerca riguardante un campione di 449 soggetti, che i bambini vittime di abuso sessuale in un'età compresa tra gli 0 e i 3 anni presentano un'elevata percentuale di comportamenti ipersessualizzati, esibizionistici e di vittimizzazione sessuale. L'età in cui è iniziato l'abuso sembra correlata anche al futuro abuso di alcool: dalla ricerca di Spak *et al.* (1998) emerge che l'abuso subito prima dei tredici anni risulta essere un predittore della dipendenza e dell'abuso di alcolici.

Sempre in relazione al fattore età va notato che, poiché le abilità del bambino di comprendere le proprie esperienze, sia sul piano intrapsichico sia interpersonale, cambiano fortemente nel corso dello sviluppo dall'infanzia all'adolescenza, ci si può attendere che gli effetti dell'abuso sessuale varino in modo considerevole nel tempo, sebbene gli studi non ab-

biano raggiunto risultati concordi. Anche i modelli di attribuzione di significato all'esperienza traumatica sono influenzati dalla crescita, divenendo maggiormente differenziati nel corso dello sviluppo. I bambini più piccoli sono maggiormente a rischio di attribuire a sé in modo massivo ogni responsabilità, modello che può portare a un incremento della vergogna e, di conseguenza, a un minore adattamento.

Per quanto riguarda il genere sessuale di appartenenza della vittima, esso sembra correlato alla vittimizzazione e alle sue conseguenze attraverso le stesse dinamiche sopra descritte. L'abuso sessuale nei confronti delle femmine ha più probabilità di essere denunciato e quindi di suscitare pubblica attenzione con conseguente maggiore vergogna; le ragazze mostrano un aumento dello stesso sentimento nelle situazioni in cui percepiscono di aver infranto le regole (per esempio, nell'incesto) o di non essere state all'altezza delle aspettative. Perciò esse sembrano essere più a rischio di attribuire a sé ogni responsabilità, con esiti negativi sull'adattamento (Feiring, Lynn e Lewis, 1996).

D'altro canto uno studio di Kempe e Kempe (1984) ribalta il quadro, arrivando ad affermare che nei maschi si riscontrano esiti post-traumatici più gravi che nelle femmine. Molti ragazzi subiscono un danno emotivo così pesante che la crescita può risultare bloccata, o può svilupparsi una psicosi o possono essere prodotti molti altri sintomi non specifici, tra cui il più frequente è l'angoscia emotiva con tendenza a interiorizzare la colpa e a non cercare aiuto e protezione.

Se vengono tenute costanti le variabili come l'età e il sesso, i sintomi di PTSD risultano correlati con la natura dell'abuso sessuale, come viene rilevato in un lavoro di Wolfe, Sas e Wekerle (1994). Anche Herman (1992) rileva che la più grave sindrome psicopatologica conseguente all'abuso infantile, il disturbo di personalità multipla, è l'esito di storie terrificanti in cui il sadismo estremo e la violenza omicida erano la regola più che l'eccezione.

Anche il ricorso da parte dell'abusante a misure coercitive affinché la vittima mantenga il silenzio è un fattore determinante per lo sviluppo di disturbi d'ansia e dell'umore (Ackerman *et al.*, 1998).

### 5.3. Fattori successivi all'abuso

Anche se è probabile che ogni forma di abuso sessuale incrementi il rischio di sviluppare successivamente problemi di salute mentale, l'abuso sessuale non è un'esperienza che porta in modo semplice e diretto allo sviluppo di alcuni sintomi o di una sindrome, e solo una modesta parte della variabilità delle conseguenze sembrerebbe attribuibile alle caratteristiche proprie dell'episodio di abuso (frequenza, durata, intensità, ecc.). Tali caratteristiche inoltre hanno una limitata utilità clinica come predittori delle conseguenze perché sono per definizione statiche e non possono essere sottoposte al cambiamento e all'intervento. Recentemente è aumentato invece l'interesse verso le variabili cognitive e

comportamentali, come la valutazione, l'attribuzione di significato, o le strategie per affrontare la situazione (*strategie di coping*), che si presume abbiano un ruolo di mediatori tra le caratteristiche dell'esperienza traumatica e le conseguenze a livello comportamentale e psicologico, e che sono modificabili attraverso l'intervento successivo alla scoperta dell'abuso. Si veda in tal senso la recentissima revisione critica della letteratura operata da Whiffen e Macintosh (2005) proprio sui fattori di mediazione tra l'abuso sessuale infantile e il disagio emotivo.

### 5.3.1. Far fronte all'accaduto (coping)

Spaccarelli (cfr. Chaffin, Wherry e Dykman, 1997), attraverso una revisione della letteratura riguardante la capacità di affrontare la situazione (*coping*) dei bambini vittime di abuso sessuale, ha messo in luce l'importanza di esaminare i processi bidirezionali o transazionali tra le variabili proprie dell'abuso (gravità, durata, ecc.) e connesse all'abuso (reazioni all'abuso delle altre persone appartenenti al sistema sociale del bambino) da un lato, e le strategie per affrontare la situazione (*coping*) e le conseguenze delle violenze, dall'altro. Poiché il *coping*, per definizione, è una modalità scelta in modo cosciente per affrontare un evento stressante, di conseguenza la sua modificazione può essere un obiettivo rilevante nella terapia (Chaffin, Wherry e Dykman, 1997).

Le modalità con cui il soggetto giunge a considerare la sua esperienza di vittimizzazione in termini di responsabilità personale o di minaccia percepita fondano il pensiero che lega il trauma alle reazioni tipiche del PTSD. Poiché l'abuso sessuale rappresenta un evento stressante che suscita reazioni di attribuzione e di valutazione da parte del bambino, si presume che la sua interpretazione degli eventi traumatici influenzi le reazioni messe in atto per affrontare la situazione (reazioni di *coping*). L'abuso influisce anche sullo sviluppo di un orientamento al successo, così come sulla percezione del grado di controllo delle proprie azioni. Poiché questi bambini sono spesso maltrattati nel contesto della loro vita quotidiana e da persone che loro conoscono e di cui si fidano, essi sono particolarmente vulnerabili alla formazione di opinioni autoaccusatorie e di sensi di colpa (Wolfe, Sas e Wekerle, 1994).

Una ricerca (Leitenberg *et al.*, 1992) in cui è stato utilizzato un campione di soggetti adulti sessualmente abusati nell'infanzia ha rilevato che alcune strategie messe in atto per affrontare la situazione, come il diniego, la soppressione delle emozioni e l'evitamento, sebbene siano indicate dalle vittime come utili, sono di fatto associate a molti sintomi psicologici. Un recente lavoro di Bal *et al.* (2003) condotto su 970 adolescenti tra gli 11 e i 19 anni ha esplorato le differenze in termini di sintomi, autostima e *coping* tra gruppi di vittime di abuso sessuale (il 10%), di vittime di altra esperienza traumatica e di controllo, attraverso una serie di strumenti (*Trauma Symptom Checklist*, Briere, 1996; *Self-Description Questionnaire II*, Marsh, 1990; *How I Cope Under Pressure Scale*, Ayers, Sand-

ler, West & Roosa, 1996). Gli autori concludono che gli adolescenti abusati sessualmente mostrano più sintomi e più strategie difensive evitanti degli altri gruppi. Il *coping evitante* pare essere, quindi, il mediatore più ricorrente tra l'evento stressante e i sintomi conseguenti.

È difficile individuare una specifica associazione tra fattori di gravità degli atti sessuali subiti e la comparsa di difese dissociative: queste sembrano più una "scelta" personale che un correlato di dati fattuali (Collin-Vezina, Hebert, 2005). Anzi la dissociazione è essa stessa un fattore di gravità per le conseguenze della vittimizzazione. Hetzel e McCanne (2005) hanno indagato il ruolo che una dissociazione peritraumatica può avere sullo sviluppo di una sindrome da stress post-traumatico e una rivittimizzazione in età adulta, riscontrando una significativa associazione. Sembra anche probabile che la scelta di un *coping evitante* tenda a ripetersi di fronte a esperienze traumatiche recenti e acute, a causa dei vissuti di stigmatizzazione e della alterata visione del mondo connesse all'esperienza traumatica precoce. Gibson e Leitenberg (2001) hanno verificato che una storia di abuso sessuale infantile aumenta la probabilità di usare un *coping disimpegnato* ed evitante nel caso di un'aggressione sessuale recente.

Questi risultati e quelli di altri studi (Long e Jackson, 1993; Johnson e Kelkel, 1991) sono coerenti con le prospettive di intervento comunemente approvate, che sostengono l'importanza di affrontare l'abuso e di parlarne nel corso della terapia e che sia rischioso rifugiarsi in una strategia interiorizzata, isolata, passiva ed evitante per gestire la situazione (Chaffin, Werry e Dykman, 1997).

Alcuni autori hanno cercato di connettere in modo più articolato e complesso in modelli le interazioni tra caratteristiche dell'abuso, delle vittime e del loro ambiente, chiarendo come le modalità di percezione cognitiva e di fronteggiare la situazione possano far predire gli effetti dannosi successivi.

### Il Traumagenic Dynamics Model of Child Abuse

Già nel 1986 Finkelhor e Browne avevano proposto un modello denominato *Traumagenic Dynamics Model of Child Sexual Abuse*, in cui ipotizzavano che l'impatto dell'abuso potesse essere spiegato attraverso quattro dinamiche traumageniche:

- la **stigmatizzazione** (le connotazioni negative che vengono comunicate al bambino e che vengono incorporate nella sua autimmagine);
- il **tradimento** (il bambino scopre che una persona da cui dipende in modo vitale gli fa del male);
- l'**impotenza** (la volontà, i desideri e il senso di efficacia del bambino sono continuamente mortificati);

- la **sessualizzazione** traumatica (la sessualità del bambino ha una forma non appropriata al grado di sviluppo e disfunzionale nei rapporti interpersonali).

I due autori suggerivano che queste dinamiche dessero forma al modo in cui i bambini interagiscono con il mondo, fornendo una spiegazione per i problemi psicologici e interpersonali caratteristici delle piccole vittime di abuso sessuale.

Friedrich (1990) complessifica la ricerca affermando che esistono quattro tipi di fattori che influenzano la capacità di *coping*: il funzionamento pre-abuso (per esempio, i fattori di rischio), la natura del trauma, la risposta iniziale (individuale e familiare), le reazioni a distanza di tempo.

Nello sforzo di incorporare i fattori di gravità e quelli protettivi in una singola teoria, Spaccarelli (1994) ha proposto un modello transazionale che concettualizza l'abuso sessuale come un insieme di eventi stressanti collegati tra loro, e vede la valutazione cognitiva da parte della vittima e le sue risposte per far fronte alla situazione come fattori di rischio o di protezione che mediano gli effetti dell'abuso e degli elementi traumatici correlati sulla salute mentale. In questo modello i fattori ambientali (per esempio, il supporto familiare) e quelli legati allo sviluppo (per esempio, l'età della vittima e le sue abilità cognitive) possono anche influenzare le risposte della vittima o la relazione di queste ultime con gli elementi stressanti. Il modello di Spaccarelli prevede che i sintomi conseguenti all'abuso si manifestino con più probabilità nei casi in cui gli eventi traumatici siano stati quantitativamente maggiori, e che l'alto livello di stress influenzi circolarmente i sintomi, incrementando la probabilità che la vittima utilizzi strategie disadattive per affrontare la situazione, e percepisca l'abuso come un fattore di distruzione della propria immagine positiva, del senso di sicurezza e della fiducia negli altri.

Come controprova, in uno studio di Spaccarelli e Kim (1995), la capacità di recupero delle vittime di abuso sessuale risulta associata con alcuni dei fattori di protezione citati in precedenza: un abuso meno grave, una relazione affettuosa e supportiva con il genitore non abusante o con una figura genitoriale, una valutazione meno negativa dell'abuso subito, e l'uso di una strategia attiva per affrontare la situazione (*coping*). Anche una recente ricerca di Taylor (2002) condotta su 562 soggetti tra i 8 e i 17 anni abusati sessualmente conferma che le variabili costituite dalla gravità dell'abuso sono significativamente moderate dal supporto in famiglia.

Da uno studio di Chaffin *et al.* (1997) emerge che le *strategie di coping* messe in atto da bambini di età compresa tra i 7 e i 12 anni che hanno subito un abuso sessuale sono di quattro tipi diversi: evitante, interiorizzato, "arrabbiato" e attivo/sociale. Dalla ricerca è risultato che

ognuna di queste strategie è associata a un insieme coerente di caratteristiche dell'abuso e di caratteristiche ambientali a esso connesse, così come a un insieme coerente di sintomi comportamentali. I dati della ricerca mostrano che la strategia di *coping evitante* è la sola a correlarsi con pochi sintomi comportamentali immediati. Tuttavia, si ritiene che l'evitamento produca benefici a breve termine, ma che causi problemi a lungo termine. Questa strategia può tamponare le iniziali risposte di stress (rinforzando in questo modo il ricorso a questa modalità di reazione), solo per precludere quei processi cognitivi ritenuti necessari per una risoluzione a lungo termine del trauma. Questa strategia risulta associata con il fatto di aver ricevuto un forte supporto sociale; le ragioni di questo dato non sono chiare: potrebbe essere che questi bambini abbiano ricevuto anche un forte incoraggiamento a dimenticare quello che era successo. In questi soggetti si riscontrano pure un atteggiamento negativo e molte ansie relative alla sessualità in quanto le preoccupazioni sessuali rappresentano un sintomo relativamente più resistente degli altri ai cambiamenti nel tempo e nella terapia.

I dati che riguardano la strategia di *coping interiorizzato* rinforzano la nozione clinica che la rassegnazione, l'auto-rimprovero e l'isolamento possano essere i precursori di conseguenze negative. I risultati sottolineano l'importanza dell'ambiente sociale del bambino nell'uso di questa modalità: infatti, è messa in atto frequentemente da quei soggetti che ricevono una reazione molto negativa da parte delle persone che stanno loro vicino, e questo porta allo sviluppo di un senso di colpa più forte. Infine, questo stile di *coping* è associato con i punteggi più bassi di quoziente intellettivo.

La terza strategia di *coping*, denominata *arrabbiata*, è caratterizzata da un atteggiamento accusatorio verso gli altri e da scoppi di rabbia, ed è quella maggiormente associata a sintomi comportamentali. Ciò deve far riflettere sul fatto che gli interventi che spingono il bambino a esprimere in modo simbolico o diretto la sua rabbia verso l'abusante devono essere considerati con cautela, poiché possono implicare il rischio iatrogeno di indurre problemi comportamentali generalizzati che causano profondo disagio nell'ambiente sociale della vittima.

La strategia di *coping* che è da molti considerata la più utile è il *coping attivo/sociale*, l'unico non correlato a sintomi comportamentali collegabili all'abuso. Tuttavia, i risultati mostrano che questa modalità non è associata ad alcun beneficio, contrariamente a quanto ci si sarebbe aspettato. Questo suggerisce che, mentre questo tipo di *coping* va incoraggiato, non ci si deve aspettare necessariamente un miglioramento immediato della condizione sintomatologica dei bambini semplicemente perché cercano supporto sociale o usano una strategia cognitiva per la risoluzione dei problemi. Oltre a ciò, questo tipo di *coping* risulta associato al fatto di aver subito comportamenti sessuali me-

no gravi durante l'abuso, e ciò fa ipotizzare che solo in questi casi i piccoli siano in grado di adottare modi appropriati di risoluzione dei problemi, di cercare supporto sociale e di parlare del loro abuso.

### Il Modello della stigmatizzazione

Un altro modello utile per la comprensione dell'adattamento in seguito a un abuso sessuale è proposto da Feiring, Lynn e Lewis (1996): il *Modello della stigmatizzazione*. Le premesse centrali degli autori sono che l'abuso sessuale genera nella vittima una profonda sensazione di vergogna, e che questo sentimento, piuttosto che il senso di colpa, sia l'emozione principale che causa la stigmatizzazione, che genera a sua volta problemi comportamentali, depressione e dissociazione. L'attribuzione di responsabilità riguardo all'abuso operata dal bambino è ritenuta l'elemento mediatore tra l'abuso stesso e le conseguenti sensazioni di vergogna. Gli autori sostengono che la vergogna influenzi negativamente l'adattamento quanto più essa deriva da uno stile attribuzionale interiorizzato, stabile e globale. Sebbene l'ipotesi centrale di questo modello rimanga che le conseguenze dell'abuso sessuale sono mediate dal pensiero del bambino riguardo all'evento, si contempla anche la possibilità che alcune caratteristiche dell'abuso influenzino la vergogna e l'adattamento in modo diretto, come quando accade che l'abusante incolpi la vittima oppure se l'abusante è un genitore, in particolare il padre biologico, poiché ciò rappresenta la violazione di un tabù sociale molto forte e pervasivo, e un tradimento da parte di una persona fidata. Inoltre la vergogna può essere accresciuta dalla gravità dell'abuso, dal fatto che il bambino svolga un ruolo attivo e dall'accettazione di beni o soldi o altri vantaggi secondari.

Recentemente Warren (2002) ha proposto un'ulteriore schematizzazione degli stili difensivi conseguenti a esperienze di vittimizzazione. Attraverso la somministrazione del *Defense Style Questionnaire* (DSO-R; Andrews, Pollock, & Stewart, 1989) a un gruppo di adolescenti portatori di disagio psichico, è emersa l'ipotesi che tre stili difensivi facciano da mediatori tra le esperienze di maltrattamento (tra cui l'abuso sessuale) e la sintomatologia psicologica: uno stile difensivo immaturo, connesso a comportamenti esternalizzati; uno stile difensivo maturo, connesso a comportamenti internalizzati; e uno stile difensivo nevrotico, connesso allo sviluppo di PTSD. Il primo stile è quello che prevale nelle vittime di abuso sessuale, gli altri stili difensivi sembrano correlarsi rispettivamente all'abuso emozionale e alla violenza fisica subita e/o assistita.

#### 5.3.2. La rivelazione

La tematica della **rivelazione** merita una trattazione approfondita in quanto si situa al centro di numerosi e accesi dibattiti. La comprensione del processo di rivelazione può facilitare l'intervento e contribuire a mitigare le conseguenze negative a esso associate (Nagel *et al.*,

1997). Aleggia (2004) avverte anche che non sempre la rivelazione avviene nel modo verbale che siamo abituati a considerare tipico: le categorie frequentemente usate di rivelazione accidentale, intenzionale, provocata coprono appena il 42% del campione di ex vittime (maschi e femmine) considerato dall'autore. Vanno attentamente osservate pure le altre forme di rivelazione, compiute attraverso comportamenti e affermazioni indirette, le rivelazioni intenzionalmente depistate e quelle provocate da ricordi recuperati.

L'aumento di consapevolezza da parte della società della diffusione dell'abuso sessuale ha portato allo sviluppo di programmi di prevenzione che incoraggiano i bambini a raccontare se hanno subito qualche forma di abuso. Sebbene non sia ancora chiara la vera efficacia di questi programmi, si ritiene che la rivelazione sia un evento positivo. Nel passato, è stato presunto e dimostrato empiricamente che alcuni bambini non rivelavano l'abuso subito fino all'età adulta, e possibilmente nemmeno allora. Il fatto che oggi ci sia un clima culturale progressivamente più favorevole all'ascolto dei bambini ha permesso di studiare gli effetti della rivelazione e di cominciare a comprenderli.

In generale, si è riscontrato che parlare di un evento traumatico diminuisce l'angoscia, aumenta il supporto e diminuisce i sintomi fisici associati a quel fatto (Arata, 1998). In particolare Pennebaker (1985; in Arata, 1998) mette in evidenza che il fatto di non parlare di un'esperienza di questo tipo è associato a un incremento della attività fisiologica neuronale e, nel corso del tempo, a un aumento del rischio di sviluppare un disturbo fisico. Uno studio di Wyatt e Newcomb (1990, cit. in Arata, 1998) ha paragonato le donne che avevano rivelato l'abuso a quelle che non lo avevano fatto: le prime mostravano meno conseguenze post-traumatiche.

Ci si domanda se ci può essere un beneficio terapeutico intrinseco alla rivelazione, senza considerare il fatto che venga attuato un intervento successivo. Pennebaker (1985, cit. in Arata, 1998) dà una risposta positiva. Se l'abuso è rivelato nell'infanzia, gli effetti negativi che derivano dal mantenimento del segreto possono essere prevenuti; inoltre possono cambiare i comportamenti, i pensieri e i sentimenti riguardanti l'abuso. I bambini che rivelano hanno maggiori opportunità di imparare che quanto è accaduto non è una loro colpa e, attraverso un intervento di cura, possono evitare che le conseguenze deformanti dell'abuso vengano incorporate nella loro struttura di personalità. Un ulteriore beneficio è la riduzione della rivittimizzazione: si ipotizza che il racconto di quanto accaduto possa insegnare ai bambini alcune strategie per evitare altri abusi nel futuro, attraverso l'opportunità di esperienze emozionali correttive che possono diminuire anche il rischio della trasmissione generazionale dell'abuso (Green, 1998). Kogan (2004) ha indagato il ruolo della rivelazione di un abuso sessuale nell'evitare

una successiva rivittimizzazione in un campione costituito da un centinaio di adolescenti: effettivamente, se la rivelazione avviene subito dopo l'evento risulta significativamente ridotta la rivittimizzazione, nonché l'impatto patogeno delle forme più gravi (penetrative) di abuso.

Tuttavia l'ipotesi che la rivelazione sia associata a un miglioramento immediato del funzionamento psicologico deve trovare una considerazione articolata. I bambini che hanno svelato l'abuso sono molto più sintomatici rispetto a quelli per i quali l'abuso è sospettato, ma che non hanno fatto dichiarazioni, anche se è stato notato che la sintomatizzazione subisce un decremento nei mesi successivi alla rivelazione. Quando quest'ultima avviene si rileva una minore presenza di particolari manifestazioni del PTSD, come l'evitamento e l'intrusione; è del resto logico che, all'inverso, l'assenza della rivelazione rappresenti un segnale dell'esistenza di un modello di evitamento. Tale difesa, non raramente, è scelta dai bambini come efficace strategia per affrontare la situazione; purtroppo ne consegue che il malessere che si manifesta nell'infanzia ha meno possibilità di essere elaborato e quindi ha più probabilità di perdurare nel tempo. Il fatto che la mancanza della narrazione dell'abuso sembri associata anche a un aumento dei sintomi intrusivi suggerisce che questa strategia in realtà non ha una buona efficacia nel preservare dall'angoscia psicologica. Inoltre, l'esperienza clinica mostra che i bambini riferiscono sensi di colpa anche per non aver raccontato l'abuso: così il non essere riusciti a rivelare può incrementare a sua volta l'utilizzo dell'evitamento come una strategia per far fronte alla percezione di fallimento (Arata, 1998).

Rivestono anche particolare importanza le circostanze in cui si verifica la rivelazione poiché possono esacerbarne gli effetti. I bambini che parlano intenzionalmente delle violenze subite possono sentire una responsabilità più gravosa e ritenersi colpevoli per gli eventi conseguenti alle loro dichiarazioni; tali sentimenti possono portare a un'interiorizzazione dell'ansia se quegli eventi provocano pesanti cambiamenti.

Tuttavia un'interessante ricerca di Berliner e Conte (1995) porta all'attenzione l'opinione espressa dai bambini: vengono infatti riportati i loro commenti riguardo all'esperienza della rivelazione. Attraverso un'analisi qualitativa di queste verbalizzazioni, è emersa una conferma di quanto sia difficoltosa la scelta di rivelare l'abuso. I bambini descrivono la loro volontà di raccontare l'accaduto, ma anche la loro paura delle reazioni degli altri. Essi affermano che la loro sofferenza non è terminata con la rivelazione, ma ciononostante ritengono unanimemente che questa sia la scelta migliore. È estremamente interessante rilevare che dalle interviste emerge che essi credono che il loro recupero dal punto di vista emozionale e l'interrompersi dell'abuso, sia per loro stessi sia per gli altri, siano possibili solo attraverso la scelta di parlare di quanto accaduto.

Secondo alcune ricerche (Sinclair e Gold, 1997; Arata, 1998), talune caratteristiche di gravità dell'abuso sono negativamente collegate alla possibilità di rivelare. Per esempio, una violenza più grave ha meno probabilità di essere rivelata: le donne che hanno subito un abuso che ha implicato un contatto fisico ne parlano più difficilmente. Persino il ricordo dell'abuso è ostacolato se si verificano particolari condizioni: un abuso molto grave (Elliott e Briere, 1995; Herman e Schatzow, 1987; Berliner e Conte, 1993), episodi di forte violenza e una minore età al momento dell'abuso (Herman e Schatzow, 1987).

È stato osservato che la rivelazione diventa meno probabile quando le violenze continuano per più di un anno. Ciò può far ipotizzare che se i bambini non raccontano dopo il contatto iniziale possono divenire ancor più resistenti a farlo se l'abuso continua. Forse questo decremento della motivazione a rivelare risulta dalla credenza da parte dei bambini che, se non hanno raccontato nulla dopo il primo episodio, saranno incolpati per averlo lasciato continuare, e di conseguenza esitano a rivelare un abuso che dura a lungo. Inoltre, risulta che l'abuso è svelato più frequentemente se il perpetratore non è un parente: questo dato appare particolarmente preoccupante perché può implicare che i bambini non parlino degli abusi che si verificano più frequentemente.

Diversi autori hanno anche sottolineato che uno degli elementi determinanti nel condizionare l'evoluzione verso una psicopatologia, o un aggravamento del trauma, è la modalità con la quale la rivelazione del bambino è accolta. In particolare alcuni ricercatori (Browne e Finkelhor, 1986; Waller, 1994, cit. in Everill e Waller, 1995) hanno affermato che le reazioni negative (per esempio, incolpare o ignorare la vittima, incredulità, o punizione) sono dannose al funzionamento mentale. Jehu (1988, cit. in Everill e Waller, 1995) ha precisato che il non sentire accolta la rivelazione potrebbe rinforzare l'autocolpevolizzazione per l'evento specifico e una risposta di questo tipo può portare allo stabilizzarsi di credenze auto-denigratorie più generali, che includono la sensazione di una complessiva mancanza di valore, di inferiorità e di stigmatizzazione. Everill e Waller (1995) hanno messo in luce che reazioni ambientali sfavorevoli provocano una maggiore disfunzione psicologica, collegata a bassi livelli di controllo interiore, a un forte sentimento di disvalore, e a esperienze di dissociazione. Anche gli studi retrospettivi compiuti su popolazioni di adulti abusati nell'infanzia confermano effetti analoghi: coloro che hanno ricevuto una reazione negativa presentano livelli di psicopatologia più elevati rispetto a coloro che non hanno fatto la rivelazione e a coloro che hanno ricevuto una risposta positiva alle loro dichiarazioni. Proprio tale risposta positiva, viceversa, porta a sviluppare migliori strategie per affrontare la situazione, minori effetti negativi sulle relazioni, un migliore adattamento e una più elevata autostima (Arata, 1998). Inoltre, il supporto

materno può anche aiutare l'elaborazione cognitiva contribuendo alla codificazione e all'immagazzinamento nella memoria dell'episodio di abuso, se tale supporto costruisce una relazione in cui il bambino si sente aiutato a comprendere l'accaduto (Williams, 1995).

In conclusione, come rileva Pennebaker (1985, cit. in Arata, 1998), la rivelazione potrebbe essere disadattiva a seconda della risposta di colui che l'accoglie. In particolare, la reazione della madre alle dichiarazioni del bambino è risultata spesso un evento significativo, e se è percepita come ostile porta a un aumento di sintomi. Fleming *et al.* (1998), concentrando la loro attenzione su questo punto, hanno rilevato che percepire la madre come fredda e non curante è predittivo di una futura dipendenza dall'alcol. Jonzon e Lindblad (2005) attestano che gli eventi connessi alla rivelazione hanno una correlazione con le conseguenze psicopatologiche dell'abuso più forte che le caratteristiche stesse dell'abuso: tali conseguenze diminuiscono se c'è una reazione positiva di chi accoglie la rivelazione.

### 5.3.3. Il contesto familiare

Sheinberg e Fraenkel (2001) notano che i mediatori relazionali sono di enorme importanza nel predire gli esiti dell'abuso. In senso negativo, proprio l'intimità del rapporto con l'abusante e la mancanza di supporto da parte dell'adulto protettivo sono fattori relazionali di gravità. È del resto ben comprensibile che l'impatto negativo sulla vittima sia maggiore quando gli atti di abuso (e l'assenza di protezione) provengono da persone amate di cui il bambino si fida, all'interno di una relazione che ci si aspetta sia l'opposto di una relazione abusiva.

In senso positivo, uno dei più importanti fattori protettivi deriva dalla capacità materna di fornire supporto al suo bambino (Friedrich, 1998). Everson *et al.* (1989), pur constatando che meno della metà delle madri considerate nella loro ricerca potevano essere definite come supportive, hanno molto sottolineato la potenzialità risanatrice di un atteggiamento materno di credito e comprensione verso la vittima; tale fattore risulta correlato agli esiti psicologici in quest'ultima più di altri fattori intrinseci all'abuso, come la sua durata o il tipo di rapporto con l'abusante. Di più, il supporto da parte del genitore non abusante è l'unica variabile significativamente correlata con un'importante misura di resilienza, e cioè il mantenimento della competenza sociale del bambino.

Tuttavia, proprio il ruolo della madre e le sue possibilità di reagire correttamente al trauma del bambino meritano approfondita attenzione: molte ricerche hanno esaminato questi aspetti.

Innanzitutto si può affermare che anche la madre va considerata una vittima del trauma dell'abuso che ha coinvolto il figlio. È stato rilevato che il grado di angoscia sperimentata dalla madre dopo la rivelazione della vittimizzazione sessuale del figlio è correlato al fatto che

anche lei abbia subito un'esperienza simile nell'infanzia, al supporto ricevuto dall'ambiente sociale e alle strategie che utilizza per affrontare la situazione (strategie di *coping*) (Hierbert-Murphy, 1998). Recentemente Dyb *et al.* (2003) hanno indagato il livello di stress delle madri conseguente alla scoperta che il proprio figlio era stato abusato in un asilo nido. Anche se si trattava quindi di un abuso extrafamiliare, un terzo delle madri, a distanza di quattro anni dall'evento, ancora soffriva di PTSD con sintomi sia intrusivi sia di evitamento. Ascoltare il racconto dell'abuso, testimoniare in tribunale, ascoltare la sentenza e trovarsi esposti dai media all'opinione pubblica sono stati considerati dai genitori eventi molto stressanti

Se però la madre riesce a reagire positivamente, la sua influenza sullo stato mentale del bambino è grande: da uno studio di Manion *et al.* (1998) si rileva che il funzionamento emozionale della madre è, assieme alle difese di evitamento e ai processi di interiorizzazione del bambino, uno dei fattori predittivi più significativi dell'assetto psicologico a lungo termine del bambino.

Inizialmente, la letteratura internazionale si è occupata della posizione materna con lo scopo di esaminare il suo ruolo causale, poi sono state svolte anche ricerche che hanno valutato il suo ruolo come persona in grado di attenuare il trauma. Per esempio, una ricerca di Morrison e Clavenna-Vallerio (1998) ha messo in evidenza che le adolescenti che percepiscono la loro madre come supportiva ottengono punteggi elevati per quanto riguarda il concetto di sé e mostrano pochi sintomi di depressione dopo il trattamento. Una ricerca di Lovett (1995) mostra la valutazione del rapporto madre-figlia secondo il punto di vista della vittima. Questo studio ha messo in luce che, in un campione di ragazze abusate sessualmente, quelle che hanno percepito un più basso livello di atteggiamenti di rifiuto hanno più alte valutazioni di competenza e presentano meno problemi comportamentali rispetto al gruppo di confronto.

Quando il bambino decide di rivelare l'abuso subito, o questo emerge attraverso altre vie, influisce sull'evoluzione successiva delle vicende la modalità con la quale chi si occupa di lui accoglierà la rivelazione. La madre è importante anche per quanto riguarda il supporto che è chiamata a fornire al bambino nel corso della rivelazione, delle indagini, e dell'eventuale processo. La mancanza di tale sostegno può causare gravi danni al figlio, e non lo aiuta nella gestione e nell'elaborazione degli eventi in cui si trova coinvolto. Questa mancanza o incapacità da parte della madre è associata ad alcune variabili, che hanno come denominatore comune elementi che inducono una sorta di impensabilità dell'abuso: il perpetratore identificato è il genitore affidatario o il partner convivente, l'abuso ha comportato un contatto genitoriale, gli episodi si sono verificati a casa, sono presenti altre forme di maltrattamento, la vittima è un teenager (Elliott e Briere, 1994). La

capacità di una madre di supportare e di credere al suo bambino è risultata una variabile determinante anche nella prosecuzione giudiziaria dei casi di abuso sessuale (Cross, De Vos e Whitcomb, 1994).

Nella già citata ricerca di Everson *et al.*, oltre a fattori connessi al tipo di relazione della madre della vittima con l'abusante (quanto più è stretta tanto più sarà probabile uno schieramento della madre con il partner invece che con il figlio), viene messo a fuoco il ruolo giocato dal giudizio che i servizi incaricati della protezione del bambino si formano della madre stessa: vedendola inizialmente incerta e ambivalente, i servizi possono dimostrarsi diffidenti, ritenerla responsabile dell'abuso quanto l'abusante e avviare un allontanamento della piccola vittima. Sentire su di sé questa disapprovazione e non avvertire considerazione per la profonda crisi attraversata può indurre la madre, già confusa, a schierarsi dalla parte del partner. Gli autori concludono raccomandando che, da parte dei servizi protettivi, ci sia meno enfasi sull'eventuale contributo della madre nel verificarsi dell'abuso, e molta più enfasi sulla sua potenziale capacità di aiutare la guarigione del bambino: un immediato intervento di supporto alle madri, per aiutarle a credere al figlio, a empatizzare con lui e a fornirgli consistente aiuto può essere il modo migliore di ridurre lo stress emotivo del bambino successivo alla rivelazione. Forbes *et al.* più recentemente (2003) hanno misurato l'esito di programmi di sostegno ai genitori non abusanti, constatando una riduzione dei sintomi psicopatologici sia in loro sia nei loro bambini abusati, inizialmente pesanti.

Anche una ricerca di Hazzard *et al.* (1995) conferma l'importanza del sostegno fornito al bambino abusato da coloro che si prendono cura di lui: l'attribuzione di colpa da parte di queste persone influenza la autocolpevolizzazione messa in atto dal bambino stesso. Questo risultato comprova quanto sperimentato a livello clinico e mette una volta di più in evidenza l'importanza di un intervento terapeutico rivolto anche a tutte le persone coinvolte nella cura della piccola vittima, affinché siano a loro volta in grado di sostenerla.

Infine, va fatto rilevare che l'esistenza o meno di tale atteggiamento supportivo da parte dei familiari del bambino è ciò che può determinare la decisione di allontanarlo da casa (Faller, 1988; Everson *et al.*, 1989); tale provvedimento ovviamente comporta un ulteriore strappo nella vita della vittima, imponendo l'interruzione dei rapporti anche con altri ambiti di appartenenza (scuola, amicizie ecc.).

Se il supporto materno può essere senza dubbio uno dei fattori di maggiore sostegno per il bambino, lo studio del legame di attaccamento può fornire alcuni elementi utili per la valutazione della sua relazione con la madre, che non deve essere considerata positiva a priori. Il comportamento di attaccamento è quella forma di funzionamento istintivo che si manifesta in una persona la quale consegue o mantie-

ne la prossimità nei confronti di un'altra persona, chiaramente identificata, ritenuta in grado di affrontare il mondo in modo adeguato. Questo comportamento si accentua quando la persona è spaventata, affaticata o malata, e si attenua quando riceve conforto e cure. Il fatto di sapere che una figura di attaccamento è disponibile e pronta a rispondere fornisce un forte e pervasivo senso di sicurezza, e incoraggia a dare valore alla relazione e a continuarla (Bowlby, 1988).

Nelle famiglie maltrattanti i figli sviluppano un legame di attaccamento di tipo *evitante*: il ricorso a questo particolare modello può essere spiegato in quanto questi bambini sono posti in una condizione conflittuale intollerabile. È noto che, se spaventati in ogni modo, i piccoli sono condotti dal loro sistema di attaccamento a cercare conforto presso la persona che si prende cura di loro; se questa diventa minacciosa e/o proibisce il contatto fisico, essi imparano a spostare la loro attenzione in altre direzioni, a bloccare i sentimenti di rabbia e di paura in relazione alla madre o a chi li accudisce, così da rimanere il più possibile vicini a colui dal quale dipendono totalmente. Il prezzo che il bambino paga in termini del proprio mondo interno è che, per mantenere i "buoni oggetti interni", deve vedere "cattivo" se stesso: ciò richiede una scissione dell'identità e una identificazione con gli oggetti cattivi, per mantenere un certo senso di controllo e una speranza di salvezza. Come si vede, la violenza messa in atto dalle principali figure di attaccamento ha un effetto duraturo sul bambino: Bowlby (1988) afferma che gli schemi acquisiti nell'esperienza primaria tendono ad autoperpetuarsi, dando origine a un circolo vizioso.

Per questo motivo è necessario valutare con attenzione le relazioni all'interno della famiglia e prestare attenzione nell'esaminare il legame madre-figlio, la cui naturalità non è sempre garanzia di beneficio, in quanto la madre, anche se non abusante, potrebbe reagire in modo distante ed espulsivo nei confronti della vittima, non riconoscendola come tale, innescando così comportamenti di attaccamento disfunzionali in quest'ultima.

Bisogna anche considerare il ruolo svolto dalla relazione della vittima con l'abusante sulla positività del legame madre-figlio. Dallo studio di Lovett già citato (1995) emerge che, nonostante molti bambini abbiano percepito la loro relazione con la madre come affettuosa e accettante, solo un terzo ha rivelato a lei l'abuso. Ciò potrebbe indicare che anche una buona qualità di tale relazione non può superare il potere delle minacce dell'abusante. Questo confermerebbe quanto emerge dalla letteratura che si è occupata di queste tematiche: secondo Carter (1988, in Lovett, 1995) i problemi nella relazione madre-figlia nelle famiglie in cui si è verificato un abuso sessuale sono direttamente connessi al modo di comportarsi del padre. Allo stesso modo Laing e Kamsler (1990, in Lovett, 1995) hanno precisato che la distanza psi-

cologica tra la vittima e la madre è il risultato dello stile di manipolazione dell'abusante. Infatti, secondo gli autori, il perpetratore, per ottenere il mantenimento del segreto relativamente all'abuso, insidia la fiducia del bambino riguardo alle capacità della madre di fornirgli aiuto, dicendo cose del tipo: «se parli, tua madre avrà un esaurimento nervoso», ecc. Questo spostamento di responsabilità messo in atto dall'abusante crea una situazione in cui la vittima è incoraggiata a sentire il dovere di proteggere la madre dalla verità. In questo modo si chiude per il bambino la possibilità di ricevere sostegno dalla figura materna.

Sulla scorta di queste riflessioni, appare importante riferire anche alcune considerazioni a proposito dell'interruzione dei rapporti con l'abusante come ulteriore strumento di protezione, attuabile sia da parte della famiglia sia da parte degli operatori sociali e giudiziari. Lo scopo più banale che ci si pone con questo strumento è quello di evitare la possibilità fisica che si verifichi l'abuso. Inoltre, se nessun adulto riesce a porsi come chiaramente protettivo, attraverso l'allontanamento del bambino si attua una forma più ampia di protezione psicologica: la vittima viene messa al riparo dalle violente reazioni che si scatenano all'interno della famiglia al momento dello svelamento dell'incesto e che possono coinvolgere anche l'adulto non abusante, rendendolo non protettivo. Sulla stessa linea di pensiero si pone Crivillé (1995), affermando che il ruolo dell'allontanamento è inizialmente di interrompere la tensione che travolge i protagonisti della vicenda.

Questo tipo di intervento è spesso ritenuto molto problematico per i bambini ed è associato a un aumento in loro dell'angoscia. In ogni caso le piccole vittime che sono allontanate da casa migliorano in modo paragonabile a quelle che non vengono allontanate. È probabile che non sia l'allontanamento in sé a causare un aumento dell'angoscia, ma le ragioni che lo causano. Bisogna ricordare che la ragione dell'allontanamento dei bambini da uno o da entrambi i genitori è spesso la loro mancanza di volontà o l'incapacità di fornire un'adeguata protezione (Berliner e Conte, 1995).

#### 5.3.4. Il contesto sociale

Il fatto che una proporzione significativa di bambini che hanno rivelato un abuso sessuale siano stati sottoposti a valutazioni mediche e a diversi tipi di intervento di ordine sociale e giudiziario obbliga a considerare articolatamente i fattori di protezione messi in atto all'interno dell'ambiente sociale. Interviste, esami, allontanamento da casa e testimonianza sono gli argomenti di un aspro dibattito tra i professionisti. Si discute riguardo alla possibilità che questi interventi siano più dannosi dell'abuso stesso, o per lo meno che possano esacerbare gli effetti della violenza subita. Tuttavia i risultati delle ricerche riguardanti l'impatto dell'intervento non hanno fornito un supporto all'ipotesi che esso sia sempre dannoso (Berliner e Conte, 1995).

Esaminando più da vicino le modalità di protezione che possono essere attuate dal sistema sociale, possiamo vedere che gli interventi si situano a diversi livelli: il sostegno può essere offerto attraverso la consultazione e la terapia oppure l'aiuto a ottenere giustizia.

Cominciando da quest'ultimo aspetto, da una ricerca di Barton (1995) emerge che l'aiuto fornito alle vittime per ottenere la validazione dell'ingiustizia subita è un elemento cruciale nel loro processo di recupero, e può essere anche d'importanza critica nei loro sforzi per evitare un'ulteriore vittimizzazione. Per comprendere l'effetto che ha sui bambini essere coinvolti in un processo penale, è necessario ricorrere a riflessioni complesse. Runyan *et al.* (1992) hanno rilevato che i bambini che testimoniano in tribunale non solo non mostrano un aumento dei sintomi, ma anzi un maggiore benessere rispetto a quelli che non lo fanno: ma se questa esperienza viene ripetuta più di una volta aumentano i livelli di malessere (Goodman *et al.*, 1992). Anche da una ricerca di Tedesco e Schnell (1987) è risultato che un elevato grado di angoscia autoriferita è presente nei bambini che sono stati intervistati più di una volta. Sulla base di questi rilievi, peraltro logicamente giustificati, molti Paesi hanno intrapreso riforme riguardanti le procedure (per esempio, un maggior coordinamento delle investigazioni per ridurre il numero di interviste a cui viene sottoposto il bambino) al fine di minimizzarne i presunti effetti. Tuttavia secondo Runyan *et al.* (1992) il coinvolgimento nel processo investigativo non porta di per sé a un aumento del grado di angoscia. I bambini che non sono coinvolti in questi processi legali e quelli i cui casi si sono conclusi non mostrano differenze per quanto riguarda il funzionamento psicologico, mentre i bambini il cui caso non è stato risolto sono i più disturbati. Questo suggerisce che l'incertezza o il ritardo nella risoluzione del caso risulta essere il fattore che contribuisce a rallentare il recupero. Morris, Lipovsky e Saunders (1996) attestano anche che il mancato riconoscimento di colpevolezza da parte del perpetratore dell'abuso provoca nei bambini una maggior frequenza di sintomi da stress post-traumatico: e ciò, oltre a essere un segnale negativo sul piano relazionale, è certamente uno degli elementi che complicano l'iter giudiziario.

Altro aspetto chiave è la possibilità di fruire di un supporto psicologico in questa circostanza.

Secondo Calam *et al.* (1998), senza un accesso facile all'intervento psicologico, i bambini che mostrano disturbi emotivi o comportamentali nel periodo dell'indagine iniziale probabilmente continueranno a presentarli per molto tempo, e potranno anche mostrare un ampliamento della gamma dei problemi.

La possibilità di fornire terapia ai bambini è anche collegata alle modalità e al contesto in cui avviene la rivelazione: se questa inizia con una certa facilità, le piccole vittime possono apparire dotate di un

più elevato funzionamento psicologico, e ciò può portare i genitori e i professionisti a una minore motivazione all'intervento terapeutico. Al contrario, la rivelazione che avviene in modo accidentale e frammentario può apparire come maggiormente traumatica e per questo può garantire una terapia più intensiva (Nagel *et al.*, 1997)

Da alcune ricerche, come anche già osservato, emerge l'importanza che la terapia venga offerta pure ai genitori, affinché siano in grado di fornire al bambino il supporto necessario, che è risultato un forte predittore delle conseguenze dell'abuso anche a un follow up avvenuto a 6 e a 12 mesi (Cohen e Mannarino, 1996).

Il supporto sociale può contribuire a mitigare gli effetti negativi dell'abuso e anche ad accrescere nel bambino la sensazione di competenza e del proprio valore. Tale supporto può avere influenza sulla relazione tra l'abuso e uno stile di attribuzione non adeguato, l'abuso e la vergogna, l'abuso e un adattamento insufficiente (Feiring, Lynn e Lewis, 1996). Tuttavia è anche necessario analizzare con attenzione se, già prima dell'abuso, il bambino soffriva di qualche svantaggio sociale, che ovviamente interferirà con l'efficacia del supporto offerto dopo la scoperta della vittimizzazione. Alcuni studi citati da Friedrich (1998) concordano nel dimostrare che le circostanze psicosociali preesistenti, se durature e sfavorevoli, devono essere considerate per meglio comprendere i bisogni del bambino.



## Caratteristiche degli effetti a lungo termine della violenza subita in età minore\*

*Premessa; 1. Sindromi post-traumatiche; 2. La perdita di speranza; 3. Racconto del trauma e richiesta di aiuto; 4. La difesa estrema: i meccanismi di dissociazione; 5. Autolesionismo; 6. Disturbi alimentari; 7. Alcolismo e abuso di sostanze; 8. Esperienze di rivittimizzazione in età adulta; 9. Maltrattamenti infantili e genitorialità*

### Premessa

L'azione umana è considerata una discriminante traumatica importante per gli effetti che può determinare nelle varie aree e nelle diverse fasi della vita.

Tutto ciò che avvenendo umilia gravemente, ferisce, uccide, minaccia di far morire, ha un impatto sugli esseri umani che ne sono vittime e su coloro che assistono o ne vedono le conseguenze oppure ne vengono a conoscenza.

Il contatto con la violenza e la crudeltà umane, che si esprimono con atti che feriscono, umiliano, sottomettono, mette le vittime di fronte a quella che Sironi (1999) chiama «l'intenzionalità del creatore del trauma, il quale agisce una deliberata opera di distruzione attraverso la rottura dei legami tra gli eventi psichici e gli universi di riferimento».

Barrois (1997) definisce il trauma psichico come una frattura dell'essere; l'individuo si sente completamente reificato, annullato, una cosa tra le cose, un cadavere, nella condizione di dover rinunciare a se stesso in qualche secondo.

Il mondo di cui si credeva di far parte dimostra la sua inesistenza e la capacità di pensare, pensarsi e immaginare un futuro è compromessa in maniera particolarmente grave.

Come efficacemente scriveva Simone Weil alla fine degli anni Trenta del secolo scorso, a proposito della violenza distruttrice: «La possibilità di una situazione a tal punto violenta è inconcepibile finché non vi si abita; ma quando vi si abita è inconcepibile che abbia fine».

La fiducia negli altri viene danneggiata fino all'annientamento, così come la possibilità di pensarsi capaci di governare la propria vita, e le vittime possono arrivare a vedere se stesse soltanto come inermi prede.

L'intenzionalità del creatore del trauma diventa nei casi estremi espropriazione della qualità umana, intesa in particolare come certezza

---

\* Roberta Luberti, medico-psicoterapeuta, Associazione Artemisia, presidente del CISMAL.

d'appartenenza a un genere nel quale si può avere fiducia e da cui ci si può attendere anche del bene. Ma non è solo questo: la vittima può diventare senza "dio", inteso come possibilità di credersi degni di amore, compassione, soccorso, e come possibilità di pensare che la propria esistenza abbia un senso.

È l'assoluta impotenza e disperazione di tante vittime, a cui è necessario dare risposta.

La possibilità di raccontare la propria vita si perde poiché questa s'interrompe al momento del trauma; così il racconto ha una trama frammentaria, piena di tagli, di ripetizioni ossessive, con parole o troppa accese o sfocate oppure non dette, con domande più o meno esplicitate che troppo spesso non trovano risposta. Una delle domande più frequenti è: "perché?"<sup>1</sup>.

A questa domanda, che coinvolge tante aree dell'esistenza, ci sono anche risposte che riguardano la storia e le culture, che potrebbero aiutare le vittime nella ricerca di significato, ma che sono troppo spesso negate e taciute.

Così le vittime ancora in troppi casi devono costruirsi delle risposte e cercare un senso da sole. Possono cercarlo in modi riparativi e in modi distruttivi, possono costruire la propria vita sulla ribellione o sul sacrificio o sulla violenza, o su tutte queste cose insieme.

Possono pensare di dover sparire, facendo sempre più sconfinare la realtà nel sogno, per poter essere comunque qualcosa non potendo sentirsi realmente esistenti. Oppure continuano a ripetere il racconto del momento in cui la narrazione della propria vita si interrompe, finché anche il senso del raccontare finisce nella noia e nel vuoto dell'assenza di senso.

Le vittime possono anche mobilitare risorse creative, nel tentativo di uscire dalla pura sopravvivenza. Spesso ci vogliono molti anni, anche decenni, per poter utilizzare risorse interiori schiacciate dalla catastrofe e mortificate dai silenzi.

Come scrivono Van der Kolk e collaboratori (1996): «gli ambasciatori di notizie spiacevoli sono di solito considerati pericolosi, e quindi la società tende a temere che le vittime possano contaminare il tessuto sociale, minare la fiducia, dare fondo alle risorse sociali, e vi-

---

<sup>1</sup> Il modo più efficace di torturare un uomo è rubargli la speranza dicendogli: «Qui non c'è nessun perché». Una frase che precipita l'individuo nel mondo delle cose, lo sottomette a esse trasformandolo in oggetto. È indispensabile rielaborare il trauma per aiutare un moribondo psichico a ricollocarsi nel mondo degli esseri umani dove i perché – la capacità di tradurre in parole, in rappresentazioni verbali condivisibili, le immagini e le emozioni per dar loro un senso comunicabile – restituiscono loro un'umanità. L'amore per i perché è un prezioso fattore di resilienza, consente di intrecciare nuovamente le prime maglie di un legame lacerato (Cyrulnik, 2004).

vere alle spalle dei più forti. I deboli sono un peso e, dopo una fase iniziale di compassione, non è improbabile che vengano individuati come parassiti e portatori di malessere sociale».

Marinella Malacrea, ripercorrendo la storia italiana sul risvegliarsi dell'attenzione sociale e istituzionale al problema dell'abuso all'infanzia, osserva che questa nuova tendenza positiva, concretizzatasi anche nel 1996 con la legge sulla violenza sessuale e nel 1998 con quella contro la pedofilia, «ha innescato un'onda contraria, sia sul fronte degli operatori sia sul fronte giudiziario, e che quello che si era letto, con meraviglia e timore, degli Stati Uniti, in cui questa tendenza era stata già avvertita 10-15 anni prima, ora si materializzava anche in Italia». Ci siamo trovati quindi ad assistere a «un'onda culturale contraria alla triste consapevolezza della realtà, nonostante la ormai crescente opera di informazione sull'argomento. Tale onda continua a voler coltivare la rassicurante opinione che questo problema può sì riguardare disdicevoli eccezioni, depravati o psicolabili, ma non persone per bene; il contrario, ci rendiamo conto, è troppo destabilizzante» (Malacrea, 2000).

Romito (2005) parla di “strategia del discredito”, applicata ad ampio raggio: sui bambini abusati e sulle madri protettive, ma anche sui testimoni e sui professionisti – operatori sociosanitari e magistrati – che cercano di tutelarli, problema già peraltro sollevato negli anni da molti autori. Non è possibile però affrontare qui tutte le cause di questi fenomeni (Vassalli, 1999; Foti, 2001; Bessi, Luberti, 1999; Rocchia, 2001; Casa delle Donne per non subire violenza di Bologna, 1999; Malacrea, 2000; Progetto Urban, 2002; Romito, 2005).

Tuttavia, rispetto alla mancanza di compassione, protezione e soccorso verso le vittime si può concordare con Van der Kolk, McFarlane e Weisaeth (1996), quando affermano che la pratica clinica ha insegnato che la capacità di sopportare la sofferenza delle vittime è, almeno in parte, funzione della capacità delle persone di affrontare la realtà delle proprie ferite e sofferenze e di aver accettato il proprio dolore. Questo, infatti, si può tradurre in tolleranza e a volte anche in compassione per gli altri. Viceversa, fino a quando le persone negano l'impatto dei loro traumi personali, fingendo che non abbiano avuto alcuna rilevanza nella loro vita, o pensando che è possibile trovare giustificazioni per le azioni dei loro carnefici, è probabile che esse si identifichino con gli aggressori e trattino le ferite degli altri con la stessa durezza o indifferenza con cui trattano le proprie.

Nei prossimi paragrafi l'attenzione sarà posta sull'analisi dei principali effetti a lungo termine delle violenze subite nell'infanzia. Tale analisi è integrata con la presentazione di casi clinici, esito del lavoro svolto presso l'Associazione Artemisia di Firenze, centro specializzato su

abusi e maltrattamenti all'infanzia, che offre anche interventi di cura ad adulti e adulte vittime di violenze in età minore<sup>2</sup>.

### 1. Sindromi post-traumatiche

Come illustrato nel capitolo precedente, l'esperienza clinica e i risultati delle ricerche hanno confermato l'esistenza di quadri post-traumatici complessi e l'importanza di alcune variabili sull'impatto del trauma, quali il tipo di evento traumatico e la causa, l'età in cui avviene il trauma, la sua durata nel tempo, la presenza, il tipo e l'interconnessione con altri fattori di rischio e di protezione.

Moltissimi autori hanno cercato di classificare la sintomatologia post-traumatica per descrivere nel modo più esauriente possibile gli effetti a breve, medio e lungo termine dei traumi (Gelinias, 1983, Herman, 1992; Meichenbaum, 1994; Van der Kolk, Roth, Pelkovitz, Mandel, 1994; Malacrea, 1997, 1998, 2001; Vassalli, 1999; Di Blasio, 2000; Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth, 1996, per citare alcuni).

Horowitz (1976) ha descritto i seguenti effetti psicologici, che comunemente derivano da traumi gravi: dolore e tristezza, colpa per i propri impulsi rabbiosi o distruttivi, paura di diventare distruttivi, colpa per essere sopravvissuti, paura di identificarsi con le vittime, vergogna per l'impotenza e i sentimenti di vuoto, paura di ripetere il trauma, rabbia verso la fonte del trauma. Egli notò che le vittime oscillavano tra diniego e ripetizione compulsiva dell'evento, con flashback e incubi.

Secondo la classificazione di Van der Kolk, McFarlane e Weisaeth (1996), gli effetti a lungo termine dei traumi comprendono effetti da ipereattività generalizzata e difficoltà nella sua modulazione (aggressioni contro se stessi e gli altri, incapacità di modulare gli impulsi sessuali e problemi nelle relazioni sociali con dipendenza e isolamento), da alterazione dei processi neurobiologici nella discriminazione degli stimoli (problemi di concentrazione e attenzione, dissociazione, somatizzazione), da risposte condizionate dalla paura a stimoli associati al trauma, da proposizioni semanticamente frammentate (perdita di fiducia, speranza e capacità di agire, perdita del pensiero come azione sperimentale) e da evitamento sociale.

Giannantonio, nel suo trattato sulla psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza (2003), riporta gli studi compiuti da Wilson, Friedman e Lindy (2001) sui danni da traumi estremi. Le classificazioni di questi autori comprendono, oltre ai sintomi del PTSD<sup>3</sup>, anche gli effetti del trauma sulle relazioni interpersonali e la struttura del Sé.

---

<sup>2</sup> Il riferimanto sarà spesso a soggetti di genere femminile perché è maggiore la conoscenza dei meccanismi a lungo termine delle violenze subite dalle bambine.

<sup>3</sup> Per la descrizione del PTSD vedi in questo stesso volume il capitolo «Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine».

Sintomi associati al PTSD, derivanti da problemi nell'attaccamento, nell'intimità e nelle relazioni interpersonali, non presenti prima del trauma:

- alienazione (sociale, emozionale, personale, culturale, spirituale);
- sfiducia, sospettosità, mancanza di apertura ed evasività nelle relazioni interpersonali;
- distacco, isolamento, ritiro, sentimenti di vuoto;
- anedonia: perdita di piacere nella vita, di sensualità, pienezza dei sentimenti e della sessualità;
- deficit nelle relazioni oggettuali;
- relazioni interpersonali ripetutamente autodistruttive o orientate alla sconfitta;
- impulsività, rapidi cambiamenti della residenza, del lavoro e delle relazioni intime;
- deterioramento della sensualità e del desiderio sessuale;
- incapacità di rilassarsi, insoddisfazione per le attività orientate alla cura del Sé, incapacità di accettare l'accudimento, il coinvolgimento affettivo o il tocco fisico da parte di altri;
- relazioni interpersonali instabili e intense la cui origine risale alle esperienze traumatiche;
- problemi nella definizione o nel mantenimento di confini relazionali;
- ansia per l'abbandono o la perdita di persone amate, radicata nelle esperienze traumatiche;
- relazioni interpersonali ripetitivamente orientate all'autosconfitta che riflettono pattern di attaccamento non metabolizzati derivanti da esperienze evolutive connotate da abuso.

PTSD e problemi associati alle dinamiche strutturali, agli stati dell'io, all'identità personale e del Sé, consistenti in:

- caratteristiche di personalità narcisistiche e di altra natura che riflettono danni nella struttura del sé, associate al trauma;
- demoralizzazione, disforia, mancanza di spiritualità e di senso della vita;
- perdita di coerenza e integrazione nella strutturazione del Sé;
- perdita del senso di identità e di continuità dell'identità del Sé o mancanza di stabilità del senso del Sé;
- frammentazione dell'identità e disturbi dell'identità;
- vergogna, perdita di autostima, sentimenti di colpa e recriminazioni concernenti il Sé;
- stati dell'io fluttuanti, predisposizione alla dissociazione e mancanza di controllo sul Sé;
- disperazione, impotenza, autorecriminatione, tendenze masochistiche e autodistruttive;
- spinta al suicidio, comportamenti mutilanti e autodistruttivi;
- sentimenti cronici di incertezza e instabilità, depressione;
- angoscia esistenziale o spirituale, timore, disperazione e senso di inutilità della vita;
- perdita di spiritualità e della credenza nei sistemi di credenze cosmiche o religiose;
- misantropia, cinismo, percezione del mondo come insicuro, pericoloso, imprevedibile. (Giannantonio, 2003)

Krystal (2001) scrive che una volta che un individuo si è “arreso al suo fato” passa dalla paura a una reazione catatonica e questo è il segnale dell’inizio di uno stato traumatico: l’individuo abbandona le sue iniziative e obbedisce agli ordini. Questa condizione è simile a quella ipnotica, ma è molto più potente, poiché più si obbedisce, più ci si sottomette, fino a che viene raggiunto uno stato catalettico o da robot. Se la situazione traumatica è cronica, si manifesta un progressivo anestetizzarsi rispetto agli affetti dolorosi, che si estende poi a tutti gli affetti e al senso di avere un valore, e contemporaneamente avviene il blocco progressivo di tutte le attività mentali: cognizione, percezione, evocazione, processazione delle informazioni, giudizio, pianificazione, problem solving. Il trauma causa un danno all’autostima e la resa a esso lascia l’individuo con il ricordo del fallimento dei propri sentimenti di onnipotenza narcisistica e del potere del proprio pensiero magico. La maggior parte delle normali funzioni narcisistiche subisce un collasso, e vi è un’attivazione di processi narcisistici compensatori, che possono promuovere il diniego dei fallimenti, l’isolamento o la scissione di affetti intollerabili, lo sviluppo di sintomi somatici, il mantenimento di fantasie onnipotenti o grandiose, esperienze di superiorità, il credere in una propria invulnerabilità, l’incorporazione del dolore in una struttura grandiosa del Sé che diventa una forma patologica di regolazione dell’autostima al posto del piacere.

Angoscia cronica, stile di vita depressivo, colpa e vergogna derivanti dall’essersi arrese caratterizzano le vittime, anche nei periodi di iperattività compensatoria.

Si crea inoltre uno stato di ipervigilanza e una fissazione ai traumi del passato, con modificazione del senso del tempo e menomazione nelle capacità di autoaffermazione.

Sia nei casi di traumi psichici infantili che determinano un arresto dello sviluppo affettivo, sia nel caso di traumi subiti in età adulta che portano a una regressione, per i sopravvissuti diventa impossibile usare gli affetti come segnali. Qualunque forte emozione viene vissuta come una minaccia del ritorno del trauma originario, e l’esito consisterebbe in una somatizzazione degli affetti oppure nell’evoluzione verso lo spettro delle dipendenze, quale forma di cura. Secondo l’autore, le situazioni che produrrebbero in condizioni di normalità segnali affettivi utili per la processazione delle informazioni e per i processi decisionali possono causare una risposta d’organo d’ipereattività cronica, che prosegue finché nell’organo – generalmente un viscere – non si è prodotta una lesione. L’esito sarebbe una patologia fisica a eziologia mista, in quanto vi inciderebbero anche fattori ereditari e ambientali.

Krystal afferma che i sopravvissuti ai traumi infantili hanno subito in età evolutiva un “completo lavaggio del cervello”, per cui da adulti possono essere convinti della perfezione della loro infanzia ed essere

però portatori di patologie psicosomatiche o dipendenze, presentando Alessitimia<sup>4</sup>, anedonia, aprosodia<sup>5</sup>. Egli sostiene che se un paziente presenta Alessitimia e anedonia, vi è elevata probabilità che la sua sindrome sia post-traumatica. Se non risultano esserci stati traumi nella vita adulta, è probabile che vi sia una storia di traumi psichici infantili sepolti nel passato individuale e familiare.

Negli stati post-traumatici si avrebbe una riduzione della capacità di occuparsi di se stessi, di svolgere funzioni di autoconsolazione, di rilassarsi e calmarsi, ad esempio in modo da potersi addormentare naturalmente (Gabbard, 1994; Krystal, 2001).

Herman (1992) afferma che chi ha subito abusi nell'infanzia mostra una vasta gamma di sintomi e che il suo generale livello di sofferenza è più elevato che negli altri pazienti: «Le donne con storie di abuso fisico oppure sessuale hanno un punteggio significativamente più alto di altri pazienti nelle misure standardizzate di somatizzazione, ansia generale, ansia fobica, emotività nei rapporti interpersonali, paranoia e “psicotizzazione” (probabilmente sintomi dissociativi)» (Bryer *et al.*, 1987, in Herman, 1992).

L'autrice sottolinea, inoltre, che mentre solo una minoranza di persone che hanno subito i maltrattamenti più gravi diventano pazienti psichiatrici, la maggioranza di pazienti psichiatrici sono dei sopravvissuti ad abusi e maltrattamenti infantili.

Fa anche notare come si accumulino nel corso della vita diagnosi differenti, prima che venga riconosciuto il problema sottostante alla sindrome post-traumatica complessa, e che la diagnosi abbia spesso connotazioni fortemente negative, risultando quindi il trattamento da parte del sistema di salute mentale del tutto inadeguato per questo tipo di pazienti.

Quando questi pazienti cercano un trattamento, fanno ciò che la psicologa Denise Gelinas chiama una “presentazione travestita”. Essi vengono per un aiuto a causa dei molti sintomi o a causa delle difficoltà nelle relazioni: problemi nell'intimità, eccessiva responsività ai bisogni altrui e ripetute vittimizzazioni, e troppo spesso né il paziente né il terapeuta riconoscono il legame tra i problemi esposti e la storia di trauma cronico (Herman, 1992).

Tre sono le diagnosi particolarmente pesanti e più comuni, e cioè il disturbo di somatizzazione, il disturbo di personalità borderline e il disturbo dissociativo dell'identità, disturbi che un tempo erano riassunti sotto la denominazione di isteria. «I pazienti, di solito donne, che ricevono queste diagnosi provocano insolite reazioni da parte dei medi-

---

<sup>4</sup> L'alessitimia consiste nell'incapacità di esprimere le proprie emozioni e di empatizzare con l'altro.

<sup>5</sup> L'aprosodia consiste nell'incapacità di comprendere ed esprimere sfumature del linguaggio, come quelle implicite nei messaggi ironici, aggressivi o interrogativi.

ci. La loro credibilità è spesso sospetta e di frequente sono accusate di manipolazione o di fingere malattie. A volte divengono oggetto di controversie furiose e faziose. A volte sono dichiaratamente odiate» (Herman, 1992).

Herman avanza l'ipotesi che questi tre disturbi possano essere considerati come una variante del disturbo post-traumatico complesso, derivando ciascuno i suoi aspetti caratteristici da una forma di adattamento all'ambiente traumatico.

Il concetto di sindrome post-traumatica complessa tiene conto delle particolarità dei tre disturbi e della loro interconnessione, e la sua formulazione riunisce anche i frammenti descrittivi dell'isteria, riaffermando la comune origine traumatica.

Le caratteristiche di questi disturbi diventano più comprensibili se si legge la loro connessione con il trauma infantile e, soprattutto, in questo modo i pazienti possono comprendere se stessi più chiaramente, poiché nel momento in cui riconoscono le origini del loro disagio non devono attribuirlo a un difetto inerente al Sé (Herman, 1992).

Il disturbo post-traumatico complesso insorge in situazioni di dipendenza, controllo e pericolo estremi (ostaggi, prigionieri, sopravvissuti ai campi di concentramento, donne e bambini maltrattati, abusati e sfruttati sessualmente).

La sintomatologia consiste nell'alterazione della regolazione degli affetti, nella presenza di impulsività, nella somatizzazione, nella presenza di sintomi dissociativi, in alterazioni dell'identità, in disturbi nelle relazioni, nell'alterazione nel sistema di significati e nella percezione del persecutore.

Si caratterizza anche per cambiamenti nella personalità e per l'elevata tendenza a ripetere l'esperienza con comportamenti aggressivi auto ed eterodiretti (cfr. Di Blasio, 2000).

Uno degli studi più interessanti sugli effetti a lungo termine dell'incesto subito in età infantile è quello di Gelinás<sup>6</sup> (1983), che ha sottolineato, come la Herman, la necessità della rilevazione dei progressi traumi infantili per una corretta diagnosi e cura dei disturbi presentati dai pazienti adulti.

L'importanza di tale rilevazione è cosa ormai acquisita da parte di clinici e ricercatori, anche se nella pratica non tutti i terapeuti ancora tengono nel dovuto conto gli esiti delle violenze subite nell'infanzia, sia dal punto di vista del trattamento degli effetti a breve, a medio e a lungo termine, sia rispetto alla necessità di interrompere precocemente le violenze e garantire un'efficace e durevole protezione dei bambi-

---

<sup>6</sup> Cfr. in questo stesso volume il capitolo «Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine».

**DESNOS (Disturbi da stress estremo non altrimenti specificato)  
(Pelkovitz *et al.*, 1997; Herman, 1992)**

**A. Alterazione nella regolazione della reattività affettiva**

1. non regolazione affettiva cronica
2. difficoltà nella modulazione della rabbia
3. comportamento autodistruttivo e suicida
4. difficoltà nella modulazione del comportamento sessuale
5. comportamento impulsivo e rischioso

**B. Alterazioni nell'attenzione e nella coscienza**

1. amnesia
2. dissociazione

**C. Somatizzazione**

**D. Cambiamenti caratteriali cronici**

1. alterazioni nella percezione di sé: senso di colpa o vergogna cronico, sensazione di autobiasimo o di inefficacia e di venire permanentemente danneggiato
2. alterazioni nella percezione di chi causa il danno: visione distorta e idealizzata del tormentatore
3. alterazioni nelle relazioni con gli altri:
  - incapacità di fidarsi o di preservare le relazioni con gli altri
  - tendenza a essere nuovamente vittimizzati
  - tendenza a vittimizzare gli altri

**E. Alterazioni nei sistemi di significati**

1. disperazione e senso di impotenza
2. perdita di convinzioni precedentemente confortanti

Fonte: Van der Kolk, McFarlane, Weisaeth (1996)

ni. Sappiamo dalla pratica clinica, confermata dagli studi di molti autori, che incidono sul danno la durata degli abusi – dipendenti anche dalle capacità di rilevazione e di intervento degli operatori – e le risposte sociali e istituzionali, le quali possono avere importante funzione riparativa o configurarsi come veri e propri fattori di ritraumatizzazione e quindi come abusi secondari istituzionali (Malacrea, 2000, 2001; Di Blasio, 2000, 2002, 2005).

La scelta di non inserire i DESNOS (Disorders of extreme stress not otherwise specified), o disturbi post-traumatici complessi, nel DSM-III aveva suscitato la perplessità di diversi studiosi.

Van der Kolk (1996) ha fatto notare che l'attenzione posta su un'unica sindrome post-traumatica poteva essere di ostacolo allo studio di altre manifestazioni degli esiti post-traumatici e che restringere i criteri diagnostici alle sole caratteristiche essenziali necessarie per la diagnosi stessa, faceva trascurare molti aspetti che hanno rilevanza clinica, anche in relazione a variabili quali l'età, la gravità e il tipo di stress.

L'autore ha segnalato due tipi di rischi: il sanitario può non fare diagnosi di PTSD per la predominanza di altri tratti sintomatologici associati, oppure questi ultimi possono essere trascurati a causa della presenza di PTSD. Inoltre, Van der Kolk ha sottolineato il fatto che la natura trasversale della diagnosi di PTSD poteva ostacolare i tentativi di

comprendere il decorso dei disturbi da stress per come si evolvono nella vita dell'individuo.

Nel DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) è stata quindi inserita, nella sezione "Manifestazione e sintomi associati"<sup>7</sup> (al PTSD), una costellazione di sintomi che possono derivare da eventi stressanti di tipo interpersonale (tra cui abuso sessuale e fisico nell'infanzia, violenze domestiche, essere presi in ostaggio, incarcerazione o prigionia in campo di concentramento, tortura), consistenti in: compromissione della modulazione affettiva; comportamento autolesivo e impulsivo; sintomi dissociativi; lamentele somatiche; sentimenti di inefficienza, vergogna, disperazione e mancanza di speranza; sentirsi irrimediabilmente danneggiati; perdita di convinzioni precedentemente sostenute; ostilità; ritiro sociale; sensazione di minaccia costante; compromissione delle relazioni con gli altri; cambiamento delle precedenti caratteristiche di personalità.

Nel corso degli anni sono state tentate, a scopo diagnostico, descrizioni di sindromi predittive volte a identificare la presenza di traumi infantili pregressi. Nel 1985, ad esempio, Ellenson ha descritto una sindrome predittiva, volta alla diagnosi di abusi sessuali di tipo incestuoso subiti in età minore. Ellenson riteneva che alcune particolari combinazioni di sintomi fossero altamente predittive di tale tipo di abuso infantile, sottolineando le differenze dai quadri sindromici derivanti dai traumi subiti dagli adulti. L'autore identificò come caratteristici dell'abuso di tipo incestuoso gli incubi (a contenuto catastrofico, coinvolgenti se stessi o persone care; con rischio di morte e morte di bambini; di persecuzione ai danni propri o di familiari; a contenuto violento e di morte); le ossessioni a carattere intrusivo (impulso di fare del male al proprio figlio e sentire il proprio figlio in pericolo); le sensazioni dissociative (sentire estraneo il proprio figlio; sentire estraneo il proprio passato), le fobie (di stare solo; riguardanti la salute), le illusioni (presenza in casa di entità malvage; essere posseduti da entità malvage), le allucinazioni uditive (sentirsi chiamare; rumori di passi o porte che si aprono; rumori di esplosioni), le allucinazioni visive (movimenti di oggetti o persone; ombre; apparizioni di figure oscure vicino al letto), le allucinazioni tattili (sentirsi toccare; sentirsi spingere o buttare in terra).

Tuttavia le sindromi predittive, pur riportando sintomi effettivamente riscontrabili nelle vittime di pregressi abusi, sono state criticate come riduttive rispetto alla complessità e alla delicatezza delle problematiche relative alla diagnosi di violenza pregressa.

---

<sup>7</sup> In questa sezione del DSM si sottolinea, inoltre, che il PTSD si associa a tassi elevati di Disturbo depressivo maggiore, Disturbi correlati a sostanze, Disturbo di panico, Disturbo d'ansia generalizzato, Fobia sociale, Fobia specifica e Disturbo bipolare, e che tali disturbi possono precedere, seguire o emergere in concomitanza con il PTSD.

## 2. La perdita di speranza

Tra gli effetti post-traumatici relativi all'alterazione nei sistemi di significati e di credenze, tipica conseguenza dei gravi traumi interpersonali, sono riportate nelle descrizioni dei diversi autori la disperazione e la perdita della capacità di immaginarsi un futuro.

Queste si rafforzano via via con i tentativi falliti della vittima di sottrarsi alla violenza, con quelli di cercare di includerla nelle esperienze "normali" – sforzandosi di adattarsi cognitivamente ed emotivamente alla visione del mondo sconquassata e sovvertita dal trauma –, di dimenticare gli eventi, di minimizzare o negarne l'impatto, di "vincere", superare, aggirare la sintomatologia post-traumatica.

Il senso di fallimento a seguito dei tentativi di ritrovare senso e speranza si collega fortemente alle difficoltà via via emergenti in varie aree della vita, quali quelle relazionali e sociali, e incide negativamente sull'autostima già compromessa a causa delle interazioni traumatizzanti.

Le difficoltà di realizzazione a livello relazionale, sociale e lavorativo possono derivare dai danni cognitivi, dalla scarsa autostima, dalla paura del giudizio, dell'autorità e del confronto, dalla dipendenza, dal ritiro, dalla visione di sé come non appartenente al consorzio umano, dalle scarse aspettative riguardo al futuro, dalla sindrome da risarcimento, dalla convinzione che il passato ritorni e che si verrà di nuovo inesorabilmente colpiti e puniti se si ottengono dei successi, dalla vasta gamma degli altri sintomi post-traumatici comprendenti l'iperreattività, la dissociazione, le somatizzazioni.

L'impegno delle risorse interne per fronteggiare i vari quadri sindromici può far condurre alle vittime un'esistenza marginale, che porta all'aumento dei sentimenti di impotenza, inadeguatezza, diversità ed esclusione, confermando la convinzione di essere predestinate alla sconfitta, alla rovina, alla morte precoce, e riattivando la disperazione, con un possibile seguito di comportamenti dannosi, pensieri suicidari e rischio di compiere suicidio.

I passaggi da una situazione di apparente controllo della propria vita a sentimenti di disperazione possono essere rapidi e inattesi.

Essi possono essere anche espressione della colpevolizzazione caratterologica (Janoff-Bulman, 1985), che consiste nell'autoattribuzione di quanto accade a caratteristiche intrinseche e immutabili presenti nella vittima.

Eventi che normalmente possono accadere a chiunque diventano segno di colpa e conferma della predestinazione alla sofferenza e all'essere sopraffatti, e la vittima si concentra su questi aspetti piuttosto che individuare la necessità di sviluppare risposte più congrue e utili ai fini dell'autoprotezione nella vita quotidiana. Questo aggrava l'isolamento relazionale, le difficoltà nella richiesta di aiuto e i vissuti persecutori.

Il senso della quotidianità quindi si può perdere e la vita essere un deserto (il senso di vuoto che caratterizza le vittime di traumi interni all'identità), costellato di fatti con valenza ritraumatizzante.

Evitamento, paura dell'intimità, dipendenza, incapacità di affrontare in maniera adeguata i conflitti possono caratterizzare le relazioni nella vita adulta, ed essere ulteriore causa di stress e di rottura delle relazioni, con vissuti di inadeguatezza, solitudine e abbandono; gli stessi vissuti d'altro canto possono rendere difficile l'interruzione di relazioni disfunzionali o violente, anche per la convinzione di non potersi meritare nulla di buono o di meglio dalla vita.

Il credo derivante dall'esperienza traumatica riemerge massicciamente di fronte a eventi quotidiani che non si riescono ad affrontare e alla sensazione di vuoto e di cattiveria propria e/o degli altri: «io non valgo niente», «io sono mostruosa», «il mondo è mostruoso e insensato», con la conferma che si rinnova di non potere avere controllo né su di sé né sul mondo esterno, e di essere destinate a non poter mai trovare accoglimento e soccorso reali e disinteressati. Ogni parola o gesto vissuto come ambiguo rievoca la minaccia dell'inganno distruttivo, che rigetta nel terrore: «Cosa sta succedendo?». Torna la paura di non essere in grado di accorgersi della catastrofe che è di nuovo in agguato, dietro l'angolo, del buco nero che si sta riprendo sotto i piedi.

Per quanto molte pazienti manifestino poco o per nulla la rabbia, altre esprimono forti sentimenti di odio, con pensieri anche molto aggressivi nei confronti dell'abusante e delle persone che in qualche modo possono ricordarlo.

Il vissuto può essere che “non è possibile stare entrambi sulla faccia della terra”, e la totale sensazione di impotenza che lo accompagna, per il fatto di non essere in grado di eliminare fisicamente l'abusante, porta a sentimenti di depressione, disperazione, vuoto, rabbia auto-diretta con pensieri suicidi o tentativi di suicidio.

Non è possibile però uccidere un carnefice così potente. Come togliergli la potenza, come rivelarne l'ignavia, forse uccidendo se stessi, portando all'estremo la vittimizzazione e mostrando così, attraverso il suicidio, l'assassinio dell'anima messo in atto dal persecutore?

Gabbard afferma che un tema ricorrente nelle relazioni oggettuali dei pazienti con tendenze suicide è il dramma che si svolge tra un tormentatore sadico e la vittima, e in taluni casi il solo possibile esito sembra essere la sottomissione di questa attraverso il suicidio. La propria soppressione può anche essere sentita come unica vendetta possibile verso i genitori (Gabbard, 1994).

A volte però la coscienza di essere l'unico “testimone”, la cui sparizione assicurerebbe la definitiva acquisizione di “rispettabilità” da parte dell'abusante/assassino, può essere un deterrente al suicidio stesso.

Ci sono poi casi in cui le vittime arrivano invece a uccidere il persecutore.

Il problema consiste anche nella mancanza di protezione, di riconoscimento sociale e di giustizia, l'assenza dei quali è foriera nella vita adulta di sofferenza ulteriore, di aggravamento dei vissuti persecutori e del desiderio di vendetta.

La perdita della speranza di poter essere soccorsi e l'esperienza di rivelare l'abuso (oppure, come spesso accade, di rivelarlo di nuovo dopo molti anni) e non essere creduti, o ancora lo sperimentare da parte degli altri la negazione o la minimizzazione del danno subito, fanno aumentare i sentimenti di disperazione, angoscia e tradimento con la convalida di non avere valore per nessuno e rappresentano un ulteriore sconvolgimento a livello di credenze e aspettative. Anche questi fattori aggravano la sintomatologia, in quanto funzionano come fattori di ri-traumatizzazione.

La carenza di protezione e riconoscimento sociale del danno aumenta, infatti, la rabbia e la disperazione, e può rendere arduo o impossibile non identificarsi soltanto con l'abuso subito (Luberti, 1994, 1996, 1999). La mancanza di giustizia, che si attua anche attraverso l'uso offensivo e confuso di parole che dovrebbero avere invece la funzione di curare, incide negativamente sulla già scarsa fiducia negli altri, e può mettere le vittime nella condizione di sentirsi le uniche garanti della non cancellazione della sofferenza patita, cosa che può bloccare o comunque rallentare le possibilità di integrazione e riparazione.

La cancellazione della memoria, minacciata dalle negazioni e minimizzazioni degli altri, per coloro che sono state vittime di gravi violenze interpersonali (traumi interni all'identità) può equivalere alla prospettiva della loro stessa cancellazione come persone.

Dato il contesto sociale e le carenze nell'ambito della cura, la rabbia può essere vista come l'unico spiraglio per la sopravvivenza psichica, e comunque può rappresentare la spinta a cercare soluzioni che aiutino a uscire dalla ripetizione compulsiva del racconto traumatico e a trovare alla fine modalità per comunicare la coscienza del dolore. Essa parla dell'impotenza, del sentirsi ancora piccole di fronte a un adulto onnipotente, da cui non si è in grado di difendersi e che può ancora distruggere. Ma parla anche di quanti praticano il diniego e la dimenticanza, e non aiutano le vittime a trovare risposte.

D'altro canto essa ha anche la funzione di riparare dal contatto con altre sensazioni ed emozioni troppo dolorose e sopraffacenti legate ai momenti traumatici, alla mancanza di altre relazioni infantili sufficientemente buone e alle sensazioni di vuoto, alla perdita dei rapporti affettivi e dell'infanzia, e rappresentare anche a lungo termine un impedimento all'elaborazione del lutto, passaggio fondamentale ai fini della riparazione.

### 3. Racconto del trauma e richiesta di aiuto

Per quello che riguarda le discontinuità della memoria autobiografica, si riscontra frequentemente che individui maltrattati e abusati nell'infanzia non ricordano interi periodi della vita infantile senza corrispondenza con il normale declino nel tempo della memoria autobiografica stessa. Tali periodi possono arrivare a comprendere, ad esempio, tutta l'età scolare e parte dell'adolescenza.

Alcune persone possono non ricordare i traumi subiti, e si riscontra frequentemente un'amnesia rispetto ad alcuni aspetti o parti del trauma stesso, così come può mancare il ricordo dell'inizio dell'abuso. Altre vittime riferiscono invece di non ricordare nulla della loro infanzia tranne gli episodi abusivi, segno di carenze precoci e di mancanza di figure protettive, con una strutturazione della personalità essenzialmente incentrata sul trauma.

Il primo degli episodi di abuso può essere ricordato e riferito come qualcosa che ha aperto «una voragine», «come se il mondo che prima aveva dei colori fosse diventato improvvisamente tutto nero», per cui «da allora niente più è stato come prima e io sono diventata un'altra», e la vita è diventata un «inferno», un «deserto». In particolare, questo tipo di racconto si ha in casi di abuso iniziati nella preadolescenza e nell'adolescenza.

Mentre alcuni episodi possono essere ricordati e raccontati, altri sono rappresentati in forma di alterazioni percettive o fenomeni allucinatori. Verena, 23 anni, abusata per molti anni dal padre, racconta un episodio successo un'estate al campeggio, quando aveva 4 o 5 anni: «Eravamo in tenda, io e mio padre, a un certo punto è entrato un insetto volante, che poi è diventato enorme, ed ero terrorizzata. Ma non riesco a ricordare cosa davvero stesse succedendo».

Secondo Terr (1990), tali fenomeni sono frequenti nei bambini in situazioni di intensa paura.

L'episodio traumatico non viene assimilato negli schemi mentali preesistenti, né integrato in un complesso coerente, basato sul linguaggio, che ne permetta l'etichettamento contestuale e temporale, bensì esso viene immagazzinato sotto forma di frammenti privi di contesto come associazioni di paure, immagini visive e sensazioni somatiche che sono dissociate dalla consapevolezza e dal ricordo consci (Everson, 1997).

Per quello che riguarda l'età di inizio dell'abuso, può succedere che altri atti abusivi, precedenti a quelli raccontati inizialmente, emergano in tempi successivi; in particolare, questo accade per i primi atti senza contatto fisico, prodromici di atti di maggiore invasività nell'escalation tipica di queste situazioni, ma ancora più difficilmente interpretabili nella loro natura dalla vittima (Luberti, 1997a).

Nonostante molte ex vittime riferiscano di avere sempre ricordato quello che è successo, può risultare per loro difficile o impossibile accedere alle emozioni connesse al trauma. Le scene traumatiche vengono

paragonate spesso a scene di un film o a fotografie, e gli accadimenti traumatici definiti come «qualcosa che sembrava succedere a qualcun altro».

Il racconto quindi può essere privo di qualsiasi tonalità emotiva.

La memoria degli episodi di abuso può essere completa e dettagliata, ma “in bianco e nero” e “piatta”, come la descrive una paziente, quando durante una seduta, all'improvviso, le tornano perfettamente alla mente i colori della stanza dove avvenivano gli atti abusivi, e si rende conto per contrasto che la scena fino ad allora era stata nel suo ricordo senza colori.

Le persone che riconoscono l'impatto del trauma sulla loro vita possono inizialmente riportare solo gli aspetti inerenti la vergogna o la colpa («ero io che lo volevo», «mi piaceva»), e la rabbia può manifestarsi in forma esclusivamente autodiretta.

Il riconoscimento e il racconto delle richieste di partecipare all'abuso come a una forma di accudimento di cui l'adulto è bisognoso, delle strategie per annientare qualsiasi capacità di pensiero autonomo e resistenza, e al fine del mantenimento del segreto, nonché l'espressione di emozioni quali la paura paralizzante, il sentirsi indifeso, il timore dell'abbandono e della privazione di simpatia e affetto, possono avvenire in un secondo tempo e a poco a poco, quando la persona riesce a prendere in considerazione la possibilità di mettere in discussione l'immagine, spesso rabbiosamente difesa, di sé bambina come sporca e colpevole. La ricostruzione cognitiva degli eventi traumatici e la possibilità di entrare in contatto con alcuni vissuti emotivi connessi può continuare comunque a coesistere con la stigmatizzazione e la colpa, e non rappresenta di per sé il superamento della sintomatologia post-traumatica.

L'autoattribuzione di responsabilità e il senso di colpa, descritti in letteratura come mezzo per preservare il legame affettivo, possono associarsi con l'idealizzazione della “relazione” con l'abusante, per cui questi può risultare per lungo tempo assolutamente “intoccabile”.

L'autoaccusa può rappresentare un atteggiamento adattivo che si sviluppa a seguito del trauma e avrebbe come fine quello di diminuire l'impotenza (Gabbard, 1994).

Essa può essere intesa anche come un disperato tentativo di dare un senso a una situazione terrificante.

Anna, 47 anni, abusata dal padre dai 12 ai 18, ricorda che per molti anni si era chiesta se al mondo esistesse qualcun'altra<sup>5</sup> a cui era successa una cosa così terribile e inspiegabile e racconta uno dei molti tentativi da lei messi in atto per dare un senso ai gravissimi accadimenti traumatici.

---

<sup>5</sup> Questi interrogativi erano più frequenti anni fa rispetto a ora, in quanto l'esistenza degli abusi sessuali era del tutto taciuta. Il fatto che adesso se ne parli incoraggia inoltre le vittime a cercare aiuto.

Durante l'adolescenza aveva a un certo punto pensato che quanto stava succedendo era una punizione divina, occorsale in quanto non si era resa conto di quanto lei fosse per natura immeritevole e cattiva. Lo scopo della punizione era di farle prendere coscienza di questo affinché lei acquisisse l'"umiltà" che le era finora mancata.

Molte adulte riferiscono con sconcerto che dopo l'abuso erano perfettamente «normali», «come se non fosse successo niente»: l'abuso risulta nel ricordo incastonato come un sogno tra i luoghi della normalità. Alcune pazienti ricordano che «uscire dalla stanza dove avvenivano gli atti abusivi era come chiudere la porta su quello che era successo e lasciarsi dietro tutto, come se niente fosse», e si chiedono come questo fosse possibile.

Accusatasi di complicità da una vita («io lo volevo, ero assolutamente indifferente»), Eleonora nel percorso terapeutico rivive i meccanismi dissociativi messi in atto durante gli accadimenti traumatici e riferisce con grande dolore: «È incredibile, quasi mostruoso quello che riuscivo a fare, come cioè riuscivo perfettamente a distaccarmi da quello che stava accadendo... come può una bambina così piccola essere così "abile"...? Ricordo come obbedivo a tutto quello che mi diceva. Forse è quello che succede a tutti i bambini, a cui capitano queste cose... Questo è ingiusto, molto ingiusto, che i bambini debbano diventare così "abili" ... ero più brava in questo allora che adesso...». La paziente nel corso della terapia è passata da un ricordo di sé come complice e colpevole «per non avere detto niente a nessuno», a sentimenti di forte compassione verso la bambina che è stata, di cui è riuscita a risentire profondamente la sofferenza e l'impossibilità di chiedere aiuto, collegando la difficoltà a esprimere nella vita adulta sentimenti ed emozioni a quanto le era successo da piccola: «Adesso mi ricordo, non è vero che non avrei voluto dire qualcosa, ma non mi uscivano le parole, proprio come adesso» (in riferimento a un momento della terapia in cui la paziente risperimentava la difficoltà di parlare degli episodi di abuso).

La descrizione di sé durante gli accadimenti traumatici cronici rivela la messa in atto di automatismi comportamentali e di altre reazioni dissociative in risposta a eventi percepiti come inevitabili e non assimilabili mentalmente ed emotivamente.

“Entrare e uscire” dal trauma è una modalità che si ripete anche nella vita adulta, attraverso improvvise negazioni e minimizzazioni dell'impatto, che si alternano con momenti di maggiore consapevolezza e contatto con i vissuti emotivi dolorosi. A questo si associa l'oscillazione rispetto alle attribuzioni di responsabilità e ai movimenti di allontanamento e riavvicinamento alla famiglia di origine, la cui reazione alla rivelazione può segnare in modo determinante il futuro delle vittime.

Ombretta ha 26 anni. Abusata sessualmente dal padre padrone, che ha sottoposto per anni tutta la famiglia a maltrattamento fisico e psicologico, è la sola in famiglia ad avere tentato negli anni di ribellarsi alle

continue angherie. A 21 anni rivela a tutti i familiari, presente anche il padre – che ovviamente nega –, l'avvenuto abuso. Ma non ottiene l'effetto sperato, cioè l'alleanza di madre e fratelli con lei.

Se ne va di casa, chiedendo ospitalità a un'amica.

Ombretta non ha mai avuto relazioni sentimentali, e questo è per lei un grosso cruccio. Anche le relazioni amicali sono piuttosto tormentate. Si sente molto sola e triste. Non è però priva di risorse. È riuscita a uscire di casa e a rendersi indipendente, è intelligente, possiede anche un buon senso dell'umorismo.

Per quanto continui nei suoi sforzi di convincere gli altri che «non è lei la cattiva, che è lei che ha ragione e non il padre», nessuno nella famiglia le mostra solidarietà, né la madre, donna schiacciata da anni di maltrattamenti, e ancor meno i fratelli, che continuano a vivere in famiglia e considerano Ombretta «esagerata» nelle sue reazioni verso il genitore.

Neppure vengono apprezzati i suoi sforzi rispetto ai lavori, non stabili, ma che sempre comunque trova dandosi molto da fare, fino a riuscire a ottenere un posto fisso. Inoltre non ha un marito e, al contrario della sorella, neppure uno «straccio» di fidanzato.

Nessuno dei familiari la va a trovare, e tutti le ripetono che dovrebbe tornare a casa perché tanto non ce la farà da sola. Ombretta a un certo punto cede e torna ad abitare dai suoi, dicendo alla terapeuta che adesso suo padre «non è più come prima, è cambiato».

Ma se ne va via nuovamente poco tempo dopo, dato che, rientrata nella casa dei genitori, si trova a scontrarsi subito con la dura realtà dei fatti: niente è cambiato.

Torna comunque ogni tanto dai suoi per partecipare ai pranzi di famiglia, ai quali continua a essere invitata. Regolarmente, a un certo punto del pranzo il padre, dopo aver alzato il gomito, inizia a fare battute sconce e riferimenti sessuali sulla moglie e su presunte amanti, oppure commenti pesanti sulla vita fallimentare di Ombretta, che non ha neanche un fidanzato – al contrario di sua sorella – e accetta lavori mal pagati e «al di sotto» del suo diploma di ragioniera. Altrettanto regolarmente, Ombretta si arrabbia, con seguito di interventi a difesa del padre da parte dei sempre numerosi parenti presenti.

Ogni volta Ombretta se ne va priva di speranza, e la sua frase è: «Credevo che un po' fosse cambiato». Si arrabbia anche con i familiari, mamma e fratelli in testa, perché non c'è nessuno che spenda una parola a suo favore. Tuttavia, lei pecora nera, non può rinunciare a partecipare ai grandi pranzi familiari, dato che se si allontana del tutto, nessuno degli altri non solo non la seguirà, ma neanche la ricercherà e l'andrà a trovare.

Dopo un certo tempo, l'arrabbiatura svanisce, le cause di questa vengono riposte nella dimenticanza, e il padre ritorna un'altra volta a essere, senza che sia avvenuto nella realtà alcun cambiamento seppur piccolo, quello che «in fondo adesso non è più come prima». Ombretta è pronta per partecipare al prossimo pranzo, dove tutto si ripeterà con pochissime varianti. Perché Ombretta, «pecora nera» e «rompiscatole», sa che se si sottrae completamente tutto andrà avanti senza di lei, che resterà sola, «proprio del tutto senza famiglia». I grandi, luculliani pranzi, per la preparazione dei quali la madre si prodiga, sono per lei l'unica forma di le-

game con la mamma («sempre in casa mia si sono fatti grandi pranzi con tutto il parentado», dice a volte un po' ironica, ma anche compiaciuta), l'unica parvenza di "famiglia" che le è concesso di avere.

Le difficoltà relazionali, la stigmatizzazione, la vergogna, la colpa, la coazione al segreto, la paura, l'esperienza di non essere state soccorse a suo tempo, l'aspettativa di essere rifiutate, abbandonate, raggirate, rendono difficile richiedere aiuto, anche quando le vittime ne sentono il disperato bisogno.

Sensazioni di irrealtà e stati di trance possono avere la funzione di creare una distanza nei confronti delle persone che si mostrano disponibili all'aiuto e all'ascolto, rappresentando la difesa dal contatto con le ferite traumatiche e con la paura del rifiuto, dell'inganno e del tradimento.

Il bisogno di aiuto non è compatibile con la potenza di tale paura, che può vanificare gli sforzi degli altri e della vittima stessa di creare relazioni riparatorie.

L'impossibilità di chiedere aiuto è particolarmente forte in adulte vittime nell'infanzia di violenze fisiche o sessuali, in cui si rilevi anche discuria, con richiesta di prestazioni improprie rispetto all'età, abnormi e bizzarre da parte delle figure genitoriali, che possono indurre il soggetto a ricercare perennemente soluzioni che siano comunque all'altezza delle richieste e aspettative genitoriali di efficienza, coraggio, eccetera. Personalità abusanti con grave patologia narcisistica possono pesantemente incidere sul livello di isolamento relazionale anche futuro delle vittime, in qualche modo già "nate" diverse per predestinazione genitoriale e poi trasformate in "materiale deteriorato" attraverso l'abuso sessuale. La vita come normalità non ha nessuna possibilità di sviluppo, perché non è mai esistita come tale per il figlio nella mente dei genitori.

#### 4. La difesa estrema: i meccanismi di dissociazione

Lo studio del trauma ha portato a innumerevoli ricerche sui meccanismi dissociativi.

La dissociazione è un meccanismo di difesa che attenua la sofferenza derivante da esperienze catastrofiche non metabolizzabili e non simbolizzabili, attraverso l'alterazione delle normali funzioni integrative della coscienza, della memoria, della percezione dell'ambiente circostante, dell'identità.

La dissociazione permette agli individui di mantenere i propri schemi esistenti, mentre stati separati della mente trattano l'evento traumatico [...]. Ciò significa che gli schemi cognitivi – che contengono schemi dell'io- variano a seconda dello stato in cui un individuo si trova. Nel suo stato normale il paziente dissociativo può insistere nel dire: "Io non ho subito abusi", mentre il sistema cognitivo dissociato contiene opinioni del tipo: "Sono debole, inerme e non valgo nulla", oppure: "Sono forte e aggressivo". Di conseguenza l'interpretazione dipenderà dallo stato che è

stato riattivato. Se il trauma può essere contenuto in uno stato dell'io distinto, una parte della personalità può continuare a svilupparsi senza subire specifiche interferenze. Se l'aspetto della personalità che contiene la memoria traumatica rimane fissato al livello dello sviluppo mentale in cui il trauma si è verificato, ciò sembrerebbe implicare che il trauma abbia diverse conseguenze a lungo termine secondo i diversi gradi di sviluppo (Van der Hart, Van der Kolk, Boon, 1996).

Durante gli stati dissociativi, la coesione e l'interrelazione delle informazioni complesse, che vanno a costituire il flusso di stati che definiamo coscienza, si interrompono.

Mentre nella scissione si ha incapacità di integrare gli aspetti complessi e contraddittori, positivi e negativi, di sé e degli altri in immagini coerenti, per cui non c'è alternativa alla visione di sé e degli altri come "tutto buono o tutto cattivo", nella dissociazione i contenuti mentali sono collocati in una serie di "coscienze parallele" (Lingiardi, 2001). Nella dissociazione avvengono quindi molteplici divisioni, mentre nella scissione si hanno delle separazioni in estremi di valenza affettiva polarizzata (Gabbard, 1994).

Mentre la funzione della scissione sarebbe quella di prevenire il conflitto generato dall'incompatibilità di aspetti polarizzati di sé e degli altri, nella dissociazione la distruzione del proprio senso di continuità nelle aree dell'identità, della memoria, della coscienza e della percezione avrebbe il fine di mantenere l'illusione di un controllo psicologico di fronte a un senso di impotenza e di perdita di controllo (Gabbard, 2004).

Secondo Davies e Frawley (1992), la dissociazione non rappresenta soltanto una difesa ma una relazione d'oggetto che protegge e preserva, attraverso la scissione, la totalità del mondo oggettuale interno del bambino abusato. Essa, tipica del disturbo dissociativo dell'identità, costituirebbe, secondo Grotstein (1992), una divisione dell'Io in scissioni verticali basate su corrispondenti scissioni verticali delle proprie esperienze oggettuali inconciliabili (Gabbard, 1994).

Se durante gli accadimenti traumatici la dissociazione è un meccanismo adattivo che permette di sopravvivere alla distruzione, attraverso la creazione di una via di fuga mentale, definita efficacemente come «la fuga quando non c'è via di fuga» (Putnam, 1997), essa produce cambiamenti e alterazioni dei processi psichici che, nel tempo, si possono tradurre in modelli di relazione e strategie di difesa disadattivi.

Le ricerche nell'area del disturbo post-traumatico da stress mettono in luce come le vittime di traumi precoci e ripetuti nel tempo tendano ad adottare le stesse strategie difensive inizialmente sperimentate come scudo nei confronti del trauma originario: dal punto di vista epidemiologico, la quasi totalità (98-99%) degli individui che sviluppano un disturbo dissociativo ha storia documentata di traumi ripetuti ed estremi avvenuti per lo più prima dei nove anni (Lingiardi, Madeddu, 2002).

Chu, Dill (1990) e Saxe (1993) hanno rilevato che in popolazioni di adulti psichiatrici ospedalizzati la presenza di pregressi abusi fisici e sessuali si associava ad alti livelli di sintomi dissociativi. Più del 90% dei pazienti con disturbo dissociativo dell'identità riferiscono esperienze di grave abuso fisico e sessuale (Coons e Milstein, 1986; Ross *et al.*, 1990; Sandler, Fonagy, 1997).

Il comportamento disorganizzato infantile rappresenterebbe un analogo precoce della dissociazione, che può predisporre all'uso di tale difesa nelle fasi successive. La dissociazione rifletterebbe la continuità di una strategia di attaccamento o la continuità di una specifica capacità fisiologica che è legata a un pattern di attaccamento. Essa sarebbe una difesa antiriflessiva, mediata dall'attaccamento disorganizzato, determinata da situazioni in cui il bambino è esposto a un «terrore senza rimedio» (Fonagy, 1998).

I bambini che subiscono abusi e maltrattamenti tendono a contrastare difensivamente la capacità di rappresentare gli stati mentali propri e altrui, ed è questa una delle ragioni dell'estrema vulnerabilità relazionale che li caratterizzerà da adulti. Riconoscere lo stato mentale dell'altro, e quindi l'odio implicito negli atti abusivi del genitore, oltre a significare di dover vedere se stessi come indegni di amore e privi di valore (Lingiardi, Madeddu, 2002), può essere pericoloso in quanto può scatenare l'aggressività del genitore e/o determinarne l'allontanamento.

La violenza assistita è un'esperienza terrorizzante per i bambini, e le difese dissociative sono frequentemente messe in atto dalle giovani vittime. Una paziente di 23 anni, Greta, racconta del terrore provato durante le violenze del padre sulla madre: in uno dei primi ricordi, si rivede, piccolina, seduta in terra mentre apre la bocca senza riuscire a emettere alcun suono. Racconta anche che, più grande, durante uno degli episodi a cui era presente, guardava alternativamente la scena, ora direttamente, ora nello specchio dove tale scena era riflessa, e che questo era il suo modo per "allontanarsi".

Van der Hart, Van der Kolk e Boon (1996) descrivono i fenomeni dissociativi nei termini di dissociazione primaria, secondaria e terziaria.

La **dissociazione primaria** si ha quando componenti sensoriali ed emotive dell'evento non sono assimilate nella memoria e nell'identità individuale, per cui l'esperienza si scinde in componenti somatosensoriali isolate e non integrate. Tale condizione è caratterizzata dai sintomi di intrusività, come flashback, ricordi intrusivi e incubi, caratteristici del PTSD.

La dissociazione primaria riduce la consapevolezza della realtà degli eventi traumatici, permettendo agli individui di vivere come se niente fosse accaduto

La **dissociazione secondaria** (**peritraumatica**) consisterebbe nelle "tecniche di distanziamento" dalle sensazioni ed emozioni derivanti dal trauma, al fine di ridurre la consapevolezza dell'impatto. È stata de-

finita come dissociazione tra l'io che osserva e l'io che esperisce, in quanto la mente abbandona il corpo e lo osserva come spettatore esterno a sé ed estraneo al trauma che sta patendo.

La **dissociazione terziaria** si ha quando si sviluppano stati dell'io distinti, costituiti da identità complesse con specifici modelli cognitivi affettivi e comportamentali, come nel disturbo dissociativo dell'identità (Van der Kolk, 1996)

La dissociazione peritraumatica (anestesia emotiva, derealizzazione, depersonalizzazione, amnesia, trance, confusione, smarrimento, visione a tunnel, alterazione del senso del tempo e dello spazio) ed episodi psicotici transitori sembrerebbero essere predittivi per il futuro sviluppo di PTSD (Putnam, 2001; Allen, 2001; Giannantonio, 2003).

La qualità dei ricordi traumatici è spesso circondata da un senso di irrealtà. Anche se non vengono persi, essi «non possono occupare il luogo privilegiato della coscienza perché la coscienza stessa è distante, indistinta, lontana, nella nebbia» (Person e Klar, 1994). L'esperienza del paziente è quella di un ricordo intenso a livello percettivo. Uno stato d'animo, un odore possono innescare un flashback che, pur essendo vivido, è tuttavia escluso da una piena consapevolezza (Sandler, Fonagy, 1997).

La severità della dissociazione (così come la gravità della sintomatologia PTSD) è stata correlata alla maggiore precocità degli eventi traumatici nella vita del soggetto, alla frequenza degli atti abusivi, alla durata dell'abuso, al grado di invasività, al numero dei perpetratori, all'abuso da parte del padre (Chu *et al.*, 1999; Draijer, Langeland, 1999; Kirby, Chu, Dill, 1993), ma anche alla presenza di altri fattori di rischio, tra cui le risposte negative familiari e sociali alle richieste di aiuto, e alla scarsità di fattori di protezione.

Sebbene le risposte dissociative possano difendere dal senso di impotenza e dal terrore al momento del trauma, esse possono essere assunte come comune meccanismo di reazione a ogni evento che risulta essere fonte di stress per il soggetto traumatizzato, interferendo a lungo termine con l'adattamento e le strategie di problem solving (Van der Kolk, 1996).

Tra i pazienti con disturbo borderline di personalità che presentano più elevati livelli di dissociazione è stato rilevato un più alto tasso di tentativi di suicidio e di automutilazioni rispetto ai pazienti con livelli di dissociazione più bassi (Putnam, 2001).

L'induzione di stati di "abbandono del corpo" e di anestesia attraverso autoipnosi, reazioni rilevate nei bambini durante gli accadimenti traumatici, può essere riutilizzata anche in seguito per fronteggiare eventi paurosi, dolorosi e stressanti.

È il caso di Anna, 35 anni, abusata sessualmente dal padre, nonché vittima di violenza assistita perpetrata dal genitore su tutti i membri della famiglia, e sottoposta a richieste di elevatissime prestazioni scolastiche e sociali. La donna racconta come nell'adolescenza affrontò cure

fisiche dolorosissime, convincendosi «che quello che accadeva non era affatto doloroso», in modo da non emettere nessun lamento («i miei genitori mi dicevano di non far fare loro brutte figure», riferendosi alle continue pressioni a non mostrarsi «piagnucolosa»), neppure quando per un errore dei medici l'intervento di cura le procurò un dolore «che sarebbe stato insopportabile» senza l'autoinduzione anestetica. Anna ricorda lo stupore dei medici, quando si accorsero dell'errore, per il fatto che la ragazza non aveva manifestato nessuna sofferenza. La donna racconta di avere poi sviluppato grave depressione, bulimia, alcolismo. Dice di sé: «A un certo punto non sono più riuscita a stare al passo, cercavo di non perdere quota, di continuare ad andare bene a scuola, ma a un certo punto non ce l'ho fatta più, era come una china e io scivolavo giù ed ero sempre più disperata. Non c'era più niente da fare, quello che avevo visto di mio padre era tutto vero, all'inizio pensavo di avere capito male, ma lui continuava, sempre peggio, e io non riuscivo più a essere com'ero prima».

Putnam (2001) classifica i sintomi della dissociazione patologica in **sintomi dissociativi primari**, **sintomi post-traumatici frequentemente associati**, **sintomi secondari** e **sintomi terziari**.

I sintomi **dissociativi primari** riflettono gli effetti diretti della dissociazione sulla cognizione e sul comportamento e vengono divisi in:

- a) amnesie e sintomi della memoria:  
lacune temporali, black out e amnesie; episodi di fuga; fluttuazioni inspiegabili in abilità, abitudini e conoscenze; memoria autobiografica frammentata; difficoltà a determinare la fonte dell'informazione ricordata; difficoltà a ricordare se le esperienze ricordate sono accadute realmente; flashback dissociativi;
- b) sintomi del processo dissociativo:  
depersonalizzazione e derealizzazione; esperienze di influenza/interferenza passiva; allucinazioni uditive dissociative; stati simili alla trance; stati di personalità alternata nei pazienti con disturbo dissociativo dell'identità e nelle fughe; salti comportamentali; disturbo del pensiero dissociato.

I sintomi **post-traumatici associati**, pur non essendo di per sé prevalentemente dissociativi, si presentano spesso associati alla dissociazione patologica, e consistono in:

- evitamento;
- pensieri intrusivi;
- reattività fisiologica;
- ipereccitabilità;
- anaffettività;
- distacco.

I **sintomi secondari** (tra cui depressione, ansia, somatizzazione e bassa autostima) sono considerati da Putnam come conseguenti alla dissociazione e ai sintomi post-traumatici associati. Il trattamento dei sintomi secondari è soltanto palliativo, fino a che non vengono affrontati i sintomi dissociativi primari.

Sono **sintomi terziari**:

- abuso di sostanze;
- comportamenti suicidari e autodistruttivi;
- promiscuità e altri comportamenti sessualizzati.

I comportamenti terziari rappresenterebbero risposte disadattive verso i sintomi primari e secondari.

Putnam afferma che di solito non è possibile risolvere i problemi di abuso di sostanze o altri comportamenti disadattivi terziari fino a che non si affrontano i sottostanti sintomi dissociativi primari, i sintomi post-traumatici associati e i sintomi secondari.

Il modello autoipnotico del disturbo dissociativo dell'identità, secondo il quale l'uso continuato da parte del bambino della propria capacità ipnotica per indursi uno stato autoipnotico determinerebbe con il tempo la trasformazione di tale stato in una personalità alternativa, è stato criticato da Putnam, che ha trovato basse correlazioni tra misure di ipnotizzabilità e misure di dissociazione. All'interno di un campione di soggetti traumatizzati egli ha tuttavia rilevato soggetti con elevati punteggi sia nelle misure di dissociabilità che di ipnotizzabilità (doppi dissociatori). In uno studio su ragazze vittime di abuso sessuale, i soggetti "doppi dissociatori" avevano subito incesto in età più precoce e da parte di un numero maggiore di persone (Putnam *et al.*, 1994).

La dissociazione sarebbe un predittore sia delle auto-mutilazioni che dei tentativi di suicidio (Van der Kolk, Perry, Herman, 1991).

Persone cronicamente depersonalizzate riferiscono torpore emotivo, visione indistinta del mondo esterno, sensazioni di essere circondati dalla nebbia o di vivere in un involucro. La depersonalizzazione può provocare intensa disforia, e in alcuni casi stati di depersonalizzazione prolungati hanno condotto al suicidio (Putnam, 2001).

Anche la somatizzazione viene correlata alla dissociazione, essendo stati trovati punteggi DES (Dissociative Experiences Scale) elevati in pazienti con disturbi di somatizzazione, e in studi su pazienti con disturbo dissociativo si sono riscontrati alti livelli di sintomi somatici, specialmente cefalea, disturbi gastrointestinali e addominali, nausea e vomito, dolori generali (Putnam *et al.* 1986; Putnam, 2001). I sintomi più comuni riportati in letteratura nei sopravvissuti di abuso infantile sono: dolore pelvico cronico; disturbi gastrointestinali; dis-

turbi muscolo-scheletrici; obesità e disturbi alimentari; pseudocinesi; disfunzioni sessuali; asma e disturbi respiratori; cefalea cronica; dolore cronico dorsale.

È stata rilevata una stretta correlazione, oltre che tra dissociazione e somatizzazione, anche tra somatizzazione e PTSD (Walker, 1992; McFarlane *et al.*, 1994; Waller *et al.*, 2000; Nijenhuis, 2000).

Elevati livelli di trauma e di dissociazione sono stati riscontrati nel disturbo borderline di personalità, nelle depressioni gravi, nel PTSD, nei disturbi di somatizzazione (Herman *et al.*, 1989; Terr, 1988; Ogata *et al.*, 1990; Saxe *et al.*, 1994; Spiegel *et al.*, 1988; Saxe *et al.*, 1993; Van der Kolk, 1996; McFarlane, 2001; McFarlane *et al.*, 2002).

Nello studio di Pribor e coll. (1993) più del 90% di donne affette da disturbo di somatizzazione avevano subito qualche forma di violenza, e l'80% aveva subito da bambina, o da adulta, abusi sessuali.

Molti autori ritengono errata la distinzione che è stata mantenuta nel DSM IV TR tra disturbi somatoformi e disturbi dissociativi, nonché l'inserimento del PTSD tra i disturbi d'ansia invece che tra i disturbi dissociativi. Alcuni distinguono la dissociazione psicologica dalla dissociazione somatoforme, la prima delle quali corrisponde alla classificazione del DSM IV TR, mentre la seconda deriverebbe dall'originario concetto di isteria – dal quale originano anche i disturbi dissociativi –, che si trova “disseminata” all'interno di differenti psicopatologie. Sintomi di conversione, dolore pelvico, dolore ai genitali al di fuori dei rapporti sessuali di origine non fisica, analgesia e anestesia non attribuibili a cause organiche e, in alcuni casi, anche i disturbi dell'alimentazione sarebbero disturbi dissociativi somatoformi (Giannantonio, 2003).

Dallo studio di Saxe (1994) è risultato che esperienze dissociative come amnesia, depersonalizzazione, automatismi comportamentali e intorpidimento sono state riconosciute dai clinici solo nel 17% dei pazienti che in realtà ne soffrivano, e che la diagnosi di PTSD e di disturbo dissociativo era stata fatta solo per l'8% dei pazienti che ne erano affetti. Inoltre per quanto una percentuale alta di pazienti a fronte di domande specifiche avesse rivelato di aver subito maltrattamento fisico (86%) e abuso sessuale (100%), nelle cartelle cliniche non erano state riportate tutte le esperienze riferite (Van der Kolk, 1996).

Putnam (2001) sottolinea che dissociazione e PTSD non sono sinonimi: non tutti i pazienti con disturbo dissociativo presentano PTSD, e solo la metà dei pazienti con PTSD ha una dissociazione significativa misurata sulla DES, anche se, come gruppo, i pazienti con disturbo post-traumatico hanno punteggi più alti dei pazienti senza disturbo post-traumatico su misure di dissociazione.

Episodi dissociativi possono essere scatenati da fattori di vario tipo rievocanti il trauma, quali stimoli visivi (esempio vedere persone che

hanno caratteristiche fisiche simili all'abusante), olfattivi (odori che ricordano aspetti dell'esperienza traumatica), uditivi, cibi particolari, luoghi, comportamenti di terzi che fanno sentire deboli, impotenti e spaventati.

Di fronte a ingiustizie o prepotenze quotidiane anche da parte di estranei (ad esempio, episodi di prepotenza automobilistica o altri riprovevoli ma inevitabili incidenti legati alle quotidiane interazioni con il mondo esterno), possono aversi flashback, invasione di immagini di morte o uccisione nei confronti del momentaneo "colpevole", con scoppi di rabbia incontenibile, reazioni aggressive incontrollate, e successiva riattivazione di vissuti di cattiveria e mostruosità.

Stati di trance possono essere simili a trance di tipo magico e religioso durante le quali il paziente sente di raggiungere conoscenze extraumane, viene in contatto o si sente abitato da entità.

Sono frammenti di trauma o di rappresentazioni di questo, che vengono però spesso interpretati, anche da amici e parenti, come manifestazioni di capacità paranormali, dato che il paziente può mostrarsi competente in molti ambiti di vita.

Ilaria ha una storia infantile caratterizzata da violenza fisica, abuso sessuale e grave violenza assistita da maltrattamento sulla madre e sui fratelli. Fino ai 40 anni non ha seguito mai alcun percorso psicoterapeutico.

Ilaria appare socialmente ben inserita, con notevoli doti di simpatia e intelligenza, ma presenta tratti antisociali esprimendosi fin dall'adolescenza attraverso comportamenti crudeli verso coetanei più deboli, tra cui l'istigazione a compiere piccoli atti delinquenti, per poi fare la spia e assistere alla punizione. Ha una grande attitudine alla menzogna, alla manipolazione e al controllo degli altri attraverso un complesso sistema di relazioni con persone di cui tende a sfruttare la dipendenza e che mantiene isolate le une dalle altre, anche attraverso ricatti morali e denigrazioni. Contemporaneamente si dimostra estremamente disponibile ad aiutare e a prodigarsi in tutti i modi per essere utile, cosa che le riesce perfettamente, e che le dà fama di persona in gamba e generosa. In realtà crea relazioni di grande dipendenza, che in alcuni casi consistono in una vera e propria sudditanza, a seguito di innamoramenti che lei non corrisponde ma che incoraggia e coltiva. Di queste persone con lei invischiata parla a terzi con disprezzo e insofferenza.

A seguito dell'abbandono inaspettato da parte del marito, proprio nel momento in cui lei sta meditando di lasciarlo, all'età di 40 anni, sviluppa un'anoressia, con un peggioramento di tutti i sintomi, e questo porta le persone intorno a lei a rendersi conto del suo stato e a chiedere aiuto.

Fin da ragazza Ilaria ha momenti in cui si sente invasa da entità e vede se stessa fuori dal corpo in condizioni di ferimento o morte. Presenta la cosa come possesso di capacità paranormali, versione a cui pare che le persone vicino a lei abbiano negli anni creduto, senza riuscire a leggere tali episodi come segnali della gravità del suo disagio, proprio in virtù della sua competenza in area sociale, della sua vitalità e delle doti che mostra di simpatia e "generosità".

Persone con sintomi di questo tipo e con personalità dipendente sono a rischio di finire nelle mani di personaggi pericolosi, implicati in pratiche magiche, settarie o di subire esorcismi.

La dissociazione può rappresentare con il tempo anche una “rivincita” rispetto all’impossibilità di esprimere il significato della violenza attraverso il comune linguaggio, la possibilità di fuga dalla realtà e di momentaneo sollievo, attraverso il suo utilizzo per accedere a modalità espressive di tipo magico o artistico. La scoperta della possibilità di accedere a stati dissociati attraverso l’uso di droghe può aprire alla dipendenza da queste.

In alcuni casi, materiali separati, appartenenti al mondo infantile, “conservati” al di fuori del trauma, possono manifestarsi attraverso stati “estatici”, con percezioni improvvise di flussi di energia che interrompono la depersonalizzazione, apportando momentaneo sollievo all’angoscia, di cui il paziente soffre, e la sensazione costante di non poter più vedere le cose se non attraverso la nebbia dissociativa, che è diventata l’abito con cui la vittima gira per un mondo divenuto distante e pericoloso.

Improvvisi cambiamenti percettivi possono diventare tramite di momentaneo ritrovamento di significati e risposte, seppure fragili e non utilizzabili nella “normalità”.

Il soggetto può percepire tali stati come unico accesso a potenzialità creative, che sente altrimenti completamente perdute, o come strada per tornare nel mondo idealizzato, che è stato portato via dal persecutore. Lo sforzo di ritrovare – dentro di sé – un mondo buono, dove il male non è contemplato e dove non c’è la sconfitta dell’esclusione, cede poi naturalmente il passo alla quotidianità dell’angoscia e della depressione. Questi tentativi di neutralizzare la devastazione traumatica possono rappresentare per la vittima un soccorso alla visione di sé deteriorata dalla stigmatizzazione, dalla vergogna e dalla colpa, ed essere vissute come le uniche modalità possibili per dare significato all’esistenza e interrompere la sensazione di riuscire soltanto a sopravvivere.

Ma tali stati sono seguiti dall’esperienza di non essere in grado di mantenere una stabile separazione e protezione dal confronto con una realtà sinonimo di orrore e solitudine, nonché fonte continua di vergogna intollerabile. Rientrare nella “normalità” dell’angoscia e del vuoto fa sì che tale realtà sia ancor più sopraffacente e foriera di ostilità e discredito, per il nuovo fallimento e il doloroso svelarsi dell’illusorietà delle vie di risoluzione tentate.

L’uso di meccanismi difensivi primitivi preclude quindi la possibilità di una stabile e integrata visione di sé e del mondo esterno, ma può rappresentare l’unica modalità disponibile per far fronte alla paura, ai vissuti persecutori e alle gravi ferite narcisistiche derivanti da maltrattamenti e trascuratezze infantili.

## 5. Autolesionismo

L'associazione di condotte autolesive e violenza subita nell'infanzia è ormai cosa nota e riportata ampiamente in letteratura (Van der Kolk, Perry, Herman, 1991; Roman *et al.*, 1995; Putnam, 2001; Herman, 1992; Gelinas, 1983; Malacrea e Vassalli, 1990; Malacrea, 1998, 2001), così come è riconosciuta la frequenza di tendenze suicidarie nelle persone vittime di traumi infantili determinati da condotte umane violente.

In uno studio sugli antecedenti del comportamento autolesionista, la presenza e la gravità di tale comportamento sono risultate legate sia a vittimizzazione sessuale che a situazioni di trascuratezza e separazione dal caregiver in tenera età (Van der Kolk, Perry, Herman, 1991).

Acquistapace e Ionio (2005) riportano tra i problemi psicologici rilevati in adulti vittime di trascuratezza in famiglie caratterizzate da scarsa coesione e adattabilità anche pensieri suicidari ed episodi di automutilazione (Lipschitz *et al.*, 1999). In tali soggetti possono svilupparsi inoltre disturbi alimentari (Kent, Walzer, Dagnan, 1999) e altri comportamenti a rischio, quali prostituzione nelle femmine (Widom, Khuns, 1996), fughe da casa (Kaufman e Widom, 1999) e dipendenza da alcol e da sostanze (Horwitz *et al.*, 2001). Le vittime di trascuratezza sarebbero anche a rischio di delinquenza minorile, comportamento criminale in età adulta e comportamento criminale violento (Maxfield e Widom, 1996; Rivera, Widom, 1990; Widom, 2001, Hildyard, Wolfe, 2002).

In adulti che commettono atti di autolesionismo si rilevano difficoltà nel controllo degli impulsi e si è notata la compresenza di disturbi alimentari, automutilazioni, coazione a comprare, abuso di sostanze, tendenza al furto, gioco d'azzardo (Vanderlinden e Vandereycken, 1997; Ziolk, 1988; McElroy *et al.*, 1991).

Per quello che riguarda le condotte di automutilazione, in particolare le ferite da taglio, Vanderlinder e Vandereycken (1997) inseriscono tra le loro funzioni disadattive quella di ottenere una diminuzione della tensione in una forma di abreazione diretta, che consisterebbe nello scarico delle sensazioni o emozioni negative, o come mezzo per sviare l'attenzione da situazioni o stati emotivi penosi, legati ad esempio all'emergere di ricordi.

Provocandosi un dolore che sentono più controllabile, le vittime verrebbero distratte da forme di dolore percepite come fuori controllo, come quelle legate a sensazioni di delusione e abbandono (Van der Kolk, 1996).

Van der Kolk, Perry e Herman (1991) affermano che l'automutilazione, che spesso viene intesa come masochismo o come gesto manipolativo, sia invece un modo per regolare l'equilibrio psicobiologico e biologico quando i metodi consueti di autoregolazione siano stati alterati da un trauma pregresso.

L'automutilazione potrebbe avere la funzione non solo di indurre uno stato di trance dissociativa, ma anche rappresentare una via di fu-

ga da stati di dissociazione, in particolare dalla depersonalizzazione, attraverso l'induzione volontaria di specifici stimoli come la sensazione dolorosa o la vista del sangue. Essa rappresenterebbe anche un tentativo di ristabilire e riesperire la barriera corporea.

L'automutilazione determinerebbe un momentaneo sollievo dalle sensazioni di intorpidimento, vuoto e morte.

Essa viene interpretata anche come un gesto parasuicidario, connesso a un'immagine di sé negativa, e come una forma di punizione che le vittime sentono di meritare. Vanderlinder e Vandereycken affermano che è difficile a volte distinguere, in particolare in pazienti che hanno già tentato il suicidio, autolesionismo come gesto suicida e autolesionismo finalizzato all'evitamento del suicidio.

Herman (1992) afferma che c'è una chiara distinzione tra i tentativi di suicidio e l'automutilazione, laddove questa è finalizzata non a uccidersi bensì ad alleviare un dolore emotivo insopportabile ed è vissuta quindi paradossalmente come una forma di autoconservazione.

La stessa autrice asserisce che l'automutilazione

è forse il più vistoso dei meccanismi patologici di sollievo, ma è solo uno dei molti. I bambini vittime di abusi di solito scoprono, a un certo punto del loro sviluppo, che possono produrre alterazioni maggiori, sebbene temporanee, nei loro stati affettivi attraverso crisi del sistema autonomo autoindotte o attraverso un'estrema eccitazione. Purghe e vomito, comportamenti sessuali compulsivi, ricerca compulsiva di situazioni di rischio, uso di droghe psicoattive diventano il veicolo attraverso il quale essi cercano di regolare i loro stati emotivi interni. Attraverso questi mezzi le vittime cercano di annullare la loro cronica disforia e di simulare, sia pure brevemente, uno stato di interiore benessere e conforto che altrimenti non possono raggiungere. Tali sintomi autodistruttivi spesso si consolidano nei bambini vittime di abusi anche prima dell'adolescenza, ma tendono a diventare più evidenti in quella fase.

Liotti (1999) scrive che l'angoscia di frammentazione si manifesta nei pazienti come incombente minaccia di morte psicologica o come forme più attenuate di noia o sonnolenza. Angoscia di frammentazione e sentimento di devitalizzazione inducono a sviluppare meccanismi difensivi che possano fronteggiare queste sensazioni e restaurare sentimenti di coesione e interesse. L'autore afferma che molti comportamenti sintomatici, tra cui i comportamenti autodistruttivi, potrebbero essere compresi se interpretati come tentativi di fronteggiare l'angoscia di frammentazione e per restaurare o mantenere la coesione di un sé percepito come vulnerabile.

Alcuni comportamenti autolesionisti e tentativi di suicidio, liquidati a volte come puramente dimostrativi, possono in realtà rappresentare l'emersione di parti dissociate, espressione dell'abuso e dell'esperienza di non essere stati soccorsi. L'aspetto "dimostrativo" sarebbe

espressione del dolore e della richiesta d'aiuto, che emergono attraverso la dissociazione, elicitata da situazioni presenti che possono rievocare la mancanza di protezione, l'abbandono e l'impotenza vissuti nell'infanzia. Riesperire questi vissuti e la propria incapacità di richiedere aiuto o di riceverlo (anche a seguito degli stessi atti di autolesionismo) porta a sentimenti depressivi, a ulteriore riattivazione di vissuti di stigmatizzazione, disperazione e rabbia, che possono esitare in ulteriori comportamenti autolesivi, con una serie di reazioni a catena.

La persistente sensazione di invasione da parte dell'aggressore, in particolare quando non si sono avute esperienze protettive, può indurre la vittima adulta a non potersi esimere dall'autovittimizarsi come punizione per la sua impotenza, tentativo di fuga, disperata richiesta di aiuto.

L'impossibilità di accedere alle emozioni e di elaborare i vissuti traumatici inoltre può far sì che elementi dissociati riemergano a "ricordare" a sé e agli altri il dolore, al quale "è permesso" di emergere solo sotto la forma dell'autopunizione e dell'accusa, rivolta contro di sé, ma anche verso chi non è stato in grado di aiutare.

Tenere lontana "l'invasione dell'aggressore" può trasformarsi in uno sforzo che viene annullato di fronte a fattori ritraumatizzanti, scatenando comportamenti autolesivi esprimenti la disperazione e la rabbia auto ed eterodiretta della "resa" e che mostrano agli altri l'impotenza ad arginare l'invasione da soli.

Nelle vittime di abusi e maltrattamenti infantili si può autoperpetuare un ciclo interiore di violenza e di autolesionismo, dato che i tentativi di superare il trauma ne diventano spesso ripetizione volta a esorcizzarlo e nello stesso tempo si trasformano in punizione per chi sente di dimostrare a se stesso – con il fallimento dei tentativi di espulsione della "zavorra" traumatica – di continuare a esserne prigioniero/a e "complice".

Welldon afferma che la differenza principale tra il comportamento perverso maschile e quello femminile risiede nell'obiettivo, in quanto nell'uomo l'atto mira a un oggetto parziale esterno, mentre nella donna è solitamente rivolto contro se stessa, contro il proprio corpo o contro oggetti considerati come creazioni proprie, i figli, trattando entrambi come oggetti parziali.

L'autrice, riprendendo il pensiero di Irigaray (1974, 1977)<sup>9</sup> sul corpo femminile e il piacere erotico, afferma che a suo avviso nella donna le «molteplici fonti di piacere» di cui parla la psicoanalista francese «possono diventare la sede del dolore autoinferto».

---

<sup>9</sup> Luce Irigaray, membro dell'Ecole freudienne di Parigi, pioniera del pensiero della differenza sessuale, a cui si sono ispirate a livello internazionale moltissime autorevoli femministe, dopo la pubblicazione di *Speculum* nel 1974 venne sospesa dall'insegnamento all'Università di Vincennes.

L'autolesionismo comprende l'attacco al corpo, non solo attraverso i disturbi alimentari, l'automutilazione, l'uso di sostanze, ma anche attraverso la trascuratezza rispetto allo stato di salute.

Tra le cause della trascuratezza nei confronti di se stesse si può annoverare l'incertezza tra la scelta di vita e la scelta di morte, tra desiderio di riscatto e rinuncia alla lotta per una vita senza possibilità di gioia, e che assorbe troppe energie nelle diverse fasi del ciclo esistenziale.

Lasciare il corpo alla "sorte" è segno dell'espropriazione derivante dalla violenza, per cui esso diventa estraneo al pensiero, peso morto, cosa, che quando non si ferisce attivamente si lascia andare alla deriva come rifiuto. Le vittime usano infatti nei riguardi del corpo parole quali "carne morta", "sporco", "putrefazione", "contaminazione".

L'indifferenza e comunque la trascuratezza per il proprio stato fisico, che possono essere anche espressione di convinzioni compensatorie circa una propria invulnerabilità, possono determinare ritardi nella diagnosi e nella cura di malattie fisiche.

Lo sviluppo di patologie somatiche può essere comunque vissuto dalle vittime positivamente, per il vantaggio secondario di ricevere aiuto e cure vicarie, che esse non riescono a chiedere per il proprio stato di sofferenza psichica, e mezzo (attraverso ad esempio periodi di ospedalizzazione) per allontanarsi dalla famiglia di origine, da cui non riescono a volte ad affrancarsi neanche nella vita adulta.

## 6. Disturbi alimentari

Le ricerche suggeriscono che una percentuale dal 30 al 50% di persone con disturbi dell'alimentazione è stata traumatizzata nell'infanzia, e abuso sessuale e altri traumi infantili avrebbero un ruolo nel predisporre le persone a sviluppare disturbi dell'alimentazione (Putnam, 2001).

Sebbene sia spesso riportata una correlazione tra abuso sessuale infantile e disturbi alimentari, sia questi che le automutilazioni vengono correlati anche ad altre forme di maltrattamento infantile (l'abuso fisico, il maltrattamento psicologico, l'incuria, la violenza assistita).

Per la ricerca di Van Gerko, Hughes, Hamill, Waller (2005), svolta su 299 donne che soddisfacevano i criteri del DSM-IV per un disturbo della condotta alimentare, è stata utilizzata una definizione di abuso includente esperienze sessuali traumatiche, il timore di maltrattamenti di natura sessuale quando i genitori erano sotto l'effetto dell'alcol, nonché l'assistere all'abuso sessuale perpetrato su un altro membro della famiglia. I risultati supportano l'idea che l'abuso sessuale subito nell'infanzia sia in relazione con i sintomi bulimici e con disturbi dell'immagine corporea. Le persone abusate nell'infanzia presenterebbero con maggiore frequenza condotte di eliminazione come il vomito autoindotto e l'abuso di diuretici e lassativi, mentre non risulta una correlazione tra

abuso e sintomi restrittivi o compensatori di tipo non-purging, come l'esercizio fisico. Gli autori suggeriscono inoltre che l'abuso sessuale sia un moderatore del legame tra diversi fattori causali e lo sviluppo di patologia alimentare, piuttosto che come una causa in sé.

Essi sostengono la necessità di ulteriori ricerche che approfondiscano le caratteristiche dell'abuso, come il tipo di autore e la presenza di contatto fisico e di penetrazione, in quanto questi elementi sono predittori chiave dei correlati psicopatologici, nonché sottolineano l'importanza di approfondire gli aspetti relativi alla presenza di altre forme di trauma infantile (maltrattamento psicologico, trascuratezza, bullismo) per verificare se l'abuso sessuale abbia un'influenza necessaria o sufficiente per lo sviluppo della sintomatologia e se ci sia un impatto di altre forme traumatiche sullo sviluppo dei comportamenti restrittivi.

Canale e Davì (2000) ritengono possibile sia una relazione indiretta tra abuso sessuale intrafamiliare e disturbi alimentari attraverso l'influenza mediatrice dell'attaccamento, sia una connessione diretta, dove il disturbo alimentare esprime il tentativo di riguadagnare una sensazione di controllo sul proprio corpo.

Speranza e Alberigi (2006) sottolineano come solo di recente gli studi sui disturbi del comportamento alimentare abbiano preso in considerazione la presenza di maltrattamento fisico, psicologico e trascuratezza. Gli autori riportano una serie di studi sulle correlazioni con queste altre forme di maltrattamento. Nello studio longitudinale di Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2002), abuso sessuale e trascuratezza fisica sono risultate associate in maniera significativa allo sviluppo di bulimia, anoressia subclinica e Binge Eating Disorder<sup>10</sup>, anche dopo che è stato controllato l'effetto di altre variabili, quali caratteristiche familiari e psicosociali, temperamento infantile, psicopatologia genitoriale e sesso. È emerso dallo studio che soggetti segnalati ai servizi sociali per situazioni di abuso sessuale e trascuratezza fisica sviluppavano un disturbo alimentare nel 27-25% dei casi rispetto al 6,6% dell'intero campione. Secondo Kent, Walzer e Dagnan (1999) l'abuso fisico infantile sarebbe correlato, più dell'abuso sessuale, alla presenza e alla gravità della bulimia.

Dallo studio di Reto, Gendall, Martin e Mullen (1996), l'abuso fisico risulterebbe essere un potente predittore della presenza e della

---

<sup>10</sup> Disturbo da alimentazione incontrollata, caratterizzato dalla presenza di abbuffate che avvengono con frequenza di almeno due volte la settimana per almeno sei mesi. Le abbuffate avvengono in solitudine e/o sono caratterizzate da voracità e/o che il mangiare non tenga conto della sensazione di sazietà e/o che si mangi quando non ci si sente affamati e/o che i pazienti si sentano in colpa o provino vergogna. Una diagnosi di BED non può essere fatta qualora siano soddisfatti anche i criteri diagnostici per anoressia nervosa o bulimia nervosa (Piccini, 2000).

gravità della bulimia e di problematiche correlate alla regolazione degli impulsi. Esso sarebbe da solo sufficiente a determinare una più alta probabilità di successivo sviluppo di un disturbo alimentare. Secondo lo studio di questi autori l'abuso sessuale condurrebbe a una più alta probabilità di disturbo alimentare solo in concomitanza di un abuso fisico.

Dallo studio su 155 pazienti con disturbi dell'alimentazione, condotto da Favaro, Dalle Grave e Santonastaso (1998), sono emerse le seguenti percentuali: per le anoressiche restrittive le percentuali di abuso fisico e sessuale erano rispettivamente dell'8% e del 3%, mentre per le anoressiche con condotte di eliminazione le percentuali erano del 25% e del 10%; nelle bulimiche con condotte di eliminazione le percentuali salivano sia per l'abuso fisico che sessuale al 26%, mentre per i casi di bulimia senza condotte di eliminazione si è riscontrata una percentuale del 19% di abuso sessuale e del 25% di abuso fisico.

Per quanto riguarda il Binge Eating Disorder (BED), esso sembrerebbe associato con ancora maggiore frequenza a storie di abuso. Dallo studio di Striegel-Moore, Dohm, Pike, Wilfley, Fairburn (2002), è risultato che nel gruppo di soggetti con BED vi era una percentuale del 43% di abuso sessuale e del 55% di abuso fisico, e nello studio di Grilo e Masheb (2002), l'80% dei soggetti con BED riportava una o più forme di maltrattamento (Speranza, Alberigi, 2006).

Dallo studio di Wonderlich *et al.* (2001), è emerso che la diagnosi di anoressia era più frequente nelle donne con storie di rivittimizzazione, cioè con una storia di abuso sessuale infantile e di stupro in età adulta e che nelle donne con diagnosi di bulimia clinica o subclinica l'associazione con storie di abuso sessuale si riscontrava solo se vi erano almeno tre sintomi impulsivi concomitanti – abuso di sostanze, furto, comportamenti suicidari, comportamenti autolesionistici, comportamenti sessuali a rischio (Speranza e Alberigi, 2006).

Speranza e Alberigi sottolineano inoltre che è necessario tenere presente che l'abuso sessuale è più facilmente rilevabile in campioni clinici seguiti in trattamento – dove la rivelazione avviene solo in tempi successivi – e che sottovalutare, nel corso di un trattamento, l'importanza della storia traumatica non fa che perpetuare il ciclo di abuso e negazione che spesso le persone con disturbo alimentare continuano a infliggere al loro corpo. Un trattamento psicoterapeutico può essere peraltro un'occasione unica per poter svelare in un contesto di sicurezza esperienze infantili tanto dolorose e riconoscerne in maniera più chiara la natura traumatica.

Gli autori hanno svolto una ricerca presso l'Associazione per lo studio e la ricerca su anoressia, bulimia e disordini alimentari (ABA), al fine di: a) verificare l'ipotesi che la difficoltà di ricordare e parlare di

eventi come abusi e maltrattamenti subiti nell'infanzia è maggiore durante la fase di consultazione che durante la terapia; e b) indagare in che misura i pazienti con una storia clinica di abusi e maltrattamenti presentano un quadro clinico più grave, con una sintomatologia aggiuntiva al disturbo alimentare.

Nella prima fase della ricerca, tutti i pazienti che si sono rivolti all'ABA nel periodo gennaio 1999-luglio 2004 sono stati visti in consultazione ed è stata compilata una scheda anamnestica e clinica per la rilevazione sia degli eventi pregressi che della sintomatologia. In una seconda fase, i terapeuti che seguivano da almeno 10 mesi i pazienti in terapia individuale o di gruppo hanno compilato un questionario per la rilevazione di esperienze di abuso e maltrattamento subite nel corso dell'infanzia dai loro pazienti.

La ricerca ha interessato 384 pazienti con diagnosi di bulimia (79,1% dei casi, di cui il 51,1% con condotte di eliminazione e il 28% senza tali condotte) e di anoressia (20,9% dei casi, di cui il 13,2 del sottotipo restrittivo e il 7,7% con abbuffate/condotte di eliminazione).

I dati rilevati durante la prima fase di consultazione hanno evidenziato una presenza di eventi traumatici nel 13,3% dei casi (abuso sessuale 8,9% e maltrattamento nel 4,4%).

Gli autori sottolineano che tale percentuale è più bassa di quella emersa in ricerche analoghe. Tuttavia, essi affermano che tale dato si è rivelato, attraverso la seconda fase, essere una sottostima dell'esistente. Infatti la percentuale è aumentata in maniera significativa nella rilevazione effettuata dai terapeuti durante il trattamento, a sostegno dei risultati di altre ricerche che hanno evidenziato cambiamenti analoghi a distanza di tempo. Attraverso il confronto dei dati relativi ai 49 pazienti per i quali è stato compilato il questionario anche dai terapeuti che li avevano in carico da almeno 10 mesi, è emerso infatti che, mentre dai primi colloqui era risultata una percentuale di abuso sessuale infantile del 10,2% (5 casi su 49), nella seconda fase la percentuale di pregresso abuso sessuale intra ed extrafamiliare era salita al 28,6% (14 casi su 49).

Si è reso inoltre evidente il fatto che nei pazienti con una storia di abusi e maltrattamenti vi è una sintomatologia pervasiva aggiuntiva a quella strettamente alimentare (98% dei casi), con una percentuale del 42% per quanto riguarda la presenza di sintomi dissociativi, psicotici o legati a dipendenza da alcol e droghe.

Da ricerche su giovani donne abusate nell'infanzia e con disturbi dell'alimentazione sono risultati presenti alcuni tratti comuni, quali elevata accondiscendenza verso i desideri degli altri a scapito dei propri bisogni, autocolpevolizzazione, insicurezza sociale, labilità affettiva con bassi livelli di flessibilità e di resistenza di fronte a eventi stressanti, alla cui base vi sarebbero la sessualizzazione traumatica, il

vissuto di tradimento, l'impotenza, la perdita dell'efficacia personale e la perdita di autostima (Rorty, Yager, 1996; Finkelhor, 1984; Molinari, 1999).

Williams e Banyard (1999) sottolineano l'importanza di indagare nelle pazienti bulimiche condizioni di comorbidità, come presenza di PTSD, amnesia psicogena, depressione maggiore, obesità e abuso di sostanze.

Nei pazienti con disturbi dell'alimentazione, in particolare nel caso della bulimia nervosa, è stata rilevata elevata frequenza di sintomi dissociativi (Abraham, Beaumont, 1982; Dmitrack *et al.*, 1990; Everill, Walzer, McDonald, 1995; Molinari, 1999) e alta frequenza di disturbi dell'alimentazione è stata trovata nei pazienti con disturbo dissociativo dell'identità (Goodwin, Attias, 1993; Putnam *et al.* 1986; To-rem, 1989).

I comportamenti correlati ai disturbi dell'alimentazione avrebbero un ruolo nell'interruzione dei ricordi traumatici intrusivi e nella modulazione dell'ansia a questi associata. Essi, con i comportamenti autoutilanti e le ripetizioni traumatiche sessuali, possono rappresentare tentativi di modulazione di affetti negativi, ma con esiti di stigmatizzazione, vergogna, impotenza e rabbia verso di sé, che creano un pericoloso circolo vizioso.

Il corpo, luogo di rimessa in atto del trauma originario, viene riabusato, ma questa volta con l'illusione del controllo, e i sintomi diventano inoltre funzionali all'autopunizione e al fine di tenere lontani gli altri (Molinari, 1999; Finkelhor, 1984). Le ripetizioni traumatiche aumentano, dopo un primo momento di calma, la perdita di speranza e la sensazione di non avere controllo sulle proprie azioni.

Schwartz e Gay (1996, in Molinari, 1999) descrivono le funzioni adattive dei sintomi di *eating disorders* come funzioni di ristoro/nutrimiento, intorpidimento, distrazione, sedazione, fonte di energia, bisogno/riciesta di aiuto, ribellione, liberazione dalla rabbia, senso di identità e autostima, mantenimento di debolezza/impotenza, controllo e potere, rimessa in atto dell'abuso, autopunizione e punizione del corpo, contenimento per la frammentazione, dissociazione da pensieri intrusivi. Essi risponderebbero anche a funzioni di pulizia e purificazione del Sé, tentativi di scomparire, creazione di un corpo piccolo/grande per protezione, fuga dall'intimità, rilascio di tensioni dovute all'ipervigilanza, prova della propria cattiveria per non accusare il perpetratore dell'abuso, cibo come sostituto dell'affetto genitoriale, strategia di coping per reprimere i ricordi dell'abuso.

Montecchi (2005) afferma che la negazione del cibo e dei bisogni alimentari diventa la metafora della negazione di ciò di cui si ha bisogno e proviene dall'esterno, dal momento che l'altro si è rivelato inaffidabile, e che il corpo rappresenta un aspetto di sé che va mor-

tificato in quanto traditore, ma nello stesso tempo rimane la fonte di sensazioni forti anche se dolorose, come la perversa erotizzazione del digiuno, dell'iperattività fisica, dell'abbuffata e del vomito, che diventano un atteggiamento difensivo contro tutto ciò che il cibo rappresenta.

Come un corpo estraneo, l'abusante occupa gran parte dello spazio mentale del bambino, da cui è vissuto come un persecutore onnisciente che rimane incistato nella psiche e quindi non "digerito", non "assimilato", non "escreto", impossibile da dimenticare. Inibita la via "digestiva", non resta che la via del "digiuno o del vomito" (Montecchi, 2005).

Questo ricorda come, in un gruppo per ragazze e donne abusate nell'infanzia, nel primo incontro prese subito il sopravvento Lidia, una donna di 30 anni gravemente bulimica, che immediatamente "gettò" nel gruppo particolari agghiaccianti dell'abuso sadico subito, affermando di voler «vomitare la storia per liberarsene» (Luberti, Moscati, Besi, 2005).

Le "tracce" del trauma a livello somatico, come l'ipereccitazione sessuale, connotano il corpo come nemico della parte di sé che ricerca attribuzione di significati e ricostruzione di speranza, e rappresentano un grosso problema nei percorsi di riparazione.

Contro il corpo, vissuto come cosa estranea, su cui non si ha controllo e che tiene imprigionato il Sé, si possono mobilitare difese che agiscono paradossalmente lasciandolo morire o distruggendolo come cattivo contenitore (Kalsched, 2001).

È molto importante considerare la questione della violazione fisica del corpo umano, anche se la ferita non è sentita solo fisicamente ma soprattutto psicologicamente, perché essa comporta nella persona un dilemma del tipo: «Come posso io vivere con un corpo danneggiato e che sento pericoloso per me o addirittura morto?» (Young, 1992). Numerose sono le testimonianze di bambini e ragazze abusate che attraverso una sensazione di annichilimento fisico e psicologico riescono ad "abbandonare" il corpo, cercando di diventare parte dei muri della stanza o "volando" sul soffitto per guardare cosa sta accadendo da una posizione esterna e distaccata di spettatore (Gelinas, 1983). Altre vittime raccontano invece di come avessero imparato, durante l'abuso o di fronte a eventi stressanti, ad autoindursi una specie di anestesia in diverse parti del corpo (Van der Kolk, 1987). In questo modo esse si convincono di vivere solamente "con" un corpo, verso cui scatenare rabbia e punizioni perché sentito come disdicevole e colpevole, ma non "in" un corpo (Molinari, 1999).

Brusa e Senin (2000) parlano del disturbo alimentare come di una forma di eccitazione per la propria distruzione, quindi non una eccitazione erotizzata, bensì disprezzo e rifiuto della dimensione erotica.

## 7. Alcolismo e abuso di sostanze

Delucchi (2002) riassume le diverse teorie clinico-eziologiche sull'abuso e la dipendenza da sostanze psicoattive in quattro aree di interesse, ognuna con riferimenti a teorie eziologiche o ad aree della psicopatologia:

- la patologia del narcisismo nelle diverse accezioni: in questi soggetti la grandiosità e l'utilizzo di difese narcisistiche servono a compensare un Sé deprivato, restaurando un senso di onnipotenza difensivo;
- la teoria dell'attaccamento che tiene conto delle relazioni interpersonali in termini di dipendenza e rileva l'utilizzo di difese simbiotiche-regressive;
- l'abuso di sostanze dovuto alla necessità di mitigare gli stati ansiosi;
- il passaggio all'atto dell'assunzione della sostanza per l'impossibilità di sperimentare emozioni o affetti intollerabili.

La ricerca empirica sembra aver dimostrato che livelli difensivi immaturi e meno adattivi favoriscono l'abuso di sostanze. I poliabusatori si differenziano poi dai monoabusatori per un uso di meccanismi difensivi più immaturi e disadattivi. È stata rilevata inoltre una consistente comorbidità tra disturbi da uso di sostanze e disturbi di personalità. Il disturbo borderline di personalità e il disturbo antisociale sono i più frequentemente associati alla diagnosi di alcoldipendenza. L'associazione tra disturbo di personalità e dipendenza è stato confermato anche in studi su pazienti borderline e antisociali, nei quali l'abuso di alcol e di sostanze risulta significativo (Skodol *et al.*, 1999).

Per quanto riguarda l'alcolismo, Cloninger e coll. (1987; 1995) ne hanno individuati due tipi. Il *tipo 1*, caratterizzato da esordio tardivo, minore familiarità, minore gravità della dipendenza, minore compromissione psicosociale, presenta anche minori fattori di rischio durante l'infanzia rispetto al *tipo 2*. Si associa a introversione, colpa, paura, dipendenza, rigidità, perfezionismo, evitamento del pericolo. Il *tipo 2*, con esordio precoce e maggiore familiarità, si caratterizza per maggiori fattori di rischio nell'infanzia ed è associato a un profilo di personalità antisociale (Delucchi, 2002).

Abuso di sostanze, disordini dissociativi, disturbi di personalità, aggressività, problemi nelle relazioni interpersonali risultano essere tra gli effetti sia dell'abuso sessuale sia del maltrattamento fisico e psicologico e della violenza assistita subiti in età infantile (Brown, Anderson, 1991; Bryer *et al.*, 1987; Margo, McLees, 1991; Perry, Herman, 1993; Putnam, 1989, 2001; Malacrea, Vassalli, 1990; Gabbard, 1994, 2004; Di Blasio, 2000, 2005, Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005).

Nel corso degli anni molti studi hanno rilevato più alta presenza di abuso di sostanze, deficit nello sviluppo fisico, neurologico e intellettivi-

vo, depressione, aggressività, rabbia, ansia, scarso controllo degli impulsi, ideazione suicida e tentati suicidi, difficoltà nel discriminare le emozioni nelle vittime di maltrattamento fisico rispetto alle persone non vittimizzate (Toro, 1982; Brown, Anderson, 1991; Briere e Runtz, 1988; Margo, McLees, 1991; Rhue *et al.* 1994).

L'abuso di sostanze e di alcol nelle vittime di abusi infantili può andare da un uso saltuario di alcol a forme gravi di dipendenza.

In uno studio longitudinale su 358 donne è risultato che quelle che avevano subito violenze in età minore presentavano con maggiore frequenza dipendenza da sostanze, fobie, depressione e dissociazione (Bruno, 2002).

Kroll, Stock e James (1985) hanno riscontrato che negli uomini alcolisti vittime di violenza fisica nell'infanzia vi era un tasso più elevato di "ubriachezza suicida".

Pazienti con sintomatologia PTSD caratterizzata da elevato grado di ottundimento farebbero abuso di sostanze al fine di superare i blocchi emotivi, per poter esprimere le emozioni (Stine, Kosten, 1995; McFarlane, 2001) e per raggiungere o incrementare stati mentali di euforia.

Elevati livelli di *hyperarousal* (irritabilità e scoppi di collera, difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno, ipervigilanza, esagerate forme di allarme) sono indicati come fattore di rischio per la dipendenza.

Alcol ed eroina sono usati per alleviare sia i sintomi intrusivi (quali ricordi traumatici, sensazioni di rivivere l'esperienza di abuso, flash-back) che quelli di *hyperarousal* del PTSD; le benzodiazepine e gli oppiacei per alleviare in particolare i sentimenti estremi di rabbia e aggressività attraverso il decremento dell'attività noradrenergica (Bremner *et al.*, 1996; McFarlane, 2001; Friedman, 1990), mentre la cocaina serve a contrastare irrequietezza e depressione.

L'alcol è stato anche correlato al timore della vicinanza, della dipendenza e dell'intimità.

I pazienti con problemi di dipendenza orale, tra cui alcolisti e abusatori di farmaci, avrebbero avuto relazioni precoci di attaccamento caratterizzate da ansia estrema, insicurezza pervasiva e senso di rifiuto da parte delle figure di riferimento: l'abuso di sostanze assumerebbe per questi pazienti una connotazione affettiva e protettiva (Khantzian, 1985; Forrest, 1985, Lingiardi, Madeddu, 2002).

Le vittime di abusi, in particolare gli adolescenti, possono casualmente scoprire gli effetti dell'abuso di alcol e sostanze e provare sollievo ed euforia per il fatto di sentirsi così in grado di esprimere pensieri e sentimenti, fino a rivelare gli eventi traumatici, uscendo dalla coercizione al segreto, cementata dalla colpa e dalla vergogna, ed eludendo la sensazione di isolamento relazionale. Questo porta alla ripetizione dell'esperienza fino all'uso cronico, che nei fatti aumenterà sempre più le difficoltà di inserimento e la vita di relazione.

L'intossicazione da sostanze, peraltro, può scatenare i sintomi intrusivi, con allucinazioni, episodi dissociativi di flashback e sensazioni di rivivere l'esperienza.

L'uso di alcol e sostanze aumenta inoltre nella vita adulta la vulnerabilità a nuove rivittimizzazioni (Bruno, 2002).

Esso rappresenta anche un fattore di rischio per trascuratezza e comportamenti violenti verso i propri figli. Importante in questo senso è la comorbilità con altri disturbi psichiatrici, quali i disturbi dell'umore, l'ansia e i disturbi di personalità.

Difficoltà a comprendere i bisogni, iper-responsività (in caso di dipendenza da eccitanti) o ipo-responsività (in caso di dipendenza da sostanze con effetti sedativi), incapacità di accudimento, comportamenti maltrattanti, sono stati riscontrati nei genitori con dipendenza, cosicché i figli subiscono conseguenze sul piano dell'adattamento sociale e sviluppano con maggiore frequenza uno stile di attaccamento disorganizzato (Di Blasio, 2005).

La dipendenza determina conseguenze dirette sin dalla fase prenatale, compromettendo lo sviluppo del feto, con basso peso alla nascita, aumento di rischio per morte improvvisa dell'infante, sindrome di astinenza perinatale, malformazioni, ritardo dello sviluppo e, dopo la nascita, può produrre conseguenze dovute al perdurare degli effetti della sostanza.

## 8. Esperienze di rivittimizzazione in età adulta

Molti studi confermano il fatto che persone sessualmente abusate nell'infanzia sono maggiormente a rischio di subire violenza sessuale e domestica nell'età adulta (Russel, 1986; Fromuth, 1986; Koss e Dinero, 1989).

Gli individui traumatizzati, inoltre, sono più sensibili ai traumi futuri, ad esempio le donne con storie di traumi passati hanno maggiori probabilità di sviluppare un PTSD dopo una violenza subita in età adulta.

Da studi riguardanti pazienti psichiatriche ospedalizzate è risultato che quelle che riportavano una storia infantile di abuso sessuale avevano anche subito stupri e rivittimizzazioni sessuali da adulte (Bryer *et al.*, 1987; Craine *et al.*, 1988; Chu, 1992).

Chu e Dill (1990) ritengono che le persone con storia di vittimizzazione sessuale nell'infanzia hanno il doppio delle probabilità di essere rivittimizzate da adulte rispetto alle persone senza storia di abuso sessuale infantile.

Inoltre le sopravvissute all'incesto sarebbero più a rischio di subire abusi da parte di persone cui si affidano per motivi di cura, ad esempio da psicoterapeuti (Russel, 1986; Pope e Bouhoutos, 1986; Kluff, 1990; Gabbard, Lester, 1995), medici di famiglia e ginecologi, e di subire molestie da parte delle persone a cui rivelano l'abuso (Luberti, 1997b). De

Young (1981) ha verificato che tre delle dieci donne di un gruppo di supporto per vittime di incesto erano state abusate dai loro terapeuti.

È risaputo che un gruppo di pazienti ad alto rischio di sfruttamento sessuale da parte degli psicoterapeuti è quello composto da persone che hanno una storia di incesto [...]. La situazione infantile di assenza di confini viene ripetuta all'interno del setting analitico. È frequente che questi pazienti abbiano sempre associato in modo inscindibile l'esperienza di essere accuditi con la sessualità; molti di loro possono essere caratterizzati da confini "sottili", come descritto dalla Hartman (1991). [...] Essi rientrano perfettamente nel quadro concettuale descritto dalla Hartman di fluidità e mancanza di coesione del Sé (molti hanno un disturbo borderline di personalità o un disturbo dissociativo), di apertura e vulnerabilità nelle situazioni sociali e di una generale mancanza di solide difese. Per queste persone può essere difficile distinguere internamente tra il sé e l'altro, e tra la realtà e la fantasia; sono state trattate come un'estensione del corpo dei loro genitori, per il piacere di questi. Anche se non si può mai incolpare il paziente delle trasgressioni compiute dall'analista, questi pazienti spesso comunicano all'analista, in maniera conscia o inconscia, che solo una ripetizione della relazione incestuosa originaria può essere loro d'aiuto. Anche se parlare di trasgressioni dei confini sessuali implica generalmente che siano stati superati i confini interpersonali già in precedenza, scendendo lungo "la china scivolosa", i confini interni tra le rappresentazioni del sé e dell'oggetto si sono sgretolati. L'analista solitamente comincia a provare una particolare simpatia per il paziente, molto prima che avvenga il contatto fisico. Succede spesso in questi casi che il paziente venga considerato "come un'anima gemella", incredibilmente affine all'analista o in grado di comprenderlo perfettamente. [...] Capita che sia l'analista che il paziente arrivino a credere di poter conoscere i pensieri l'uno dell'altro senza doverli esprimere. Questa fantasia di comunicazione telepatica indica che il venir meno dei confini intrapsichici tra il sé e l'oggetto è precedente alla trasgressione dei confini professionali e interpersonali. [...] La professione psicoanalitica ha dimostrato una notevole abilità di minimizzare i danni inferti ai pazienti da un legame sessuale con il loro analista. [...] Anche se molti di questi pazienti sono stati vittime di incesto, molti altri non lo sono stati. In una ricerca è emerso che solo il 32% dei pazienti che avevano avuto relazioni sessuali con i loro terapeuti avevano una storia di abuso infantile (Pope, Vetter, 1991). (Gabbard e Lester, 1995)

Anche pazienti che sono stati vittime di trascuratezza e di persistenti svalutazioni da parte delle figure genitoriali nell'infanzia possono facilmente diventare prede sessuali dei loro terapeuti.

I pazienti, come osservano Gabbard e Lester, non consentono a se stessi di riconoscersi feriti e traditi dai loro analisti fino al momento in cui la relazione si interrompe. Ma anche dopo la rottura, è difficile per i pazienti il contatto con la dura realtà della violazione sessuale attuata dall'analista, che – è necessario sottolineare – ne ha l'unica responsabilità, e la rinuncia al "trionfo" costituito dalla messa in atto della relazione sessuale con questi, in una situazione di apparente privilegio.

Quello che sembrava al paziente “riparativo” rispetto alle trascuratezze e ai maltrattamenti patiti nell’infanzia, nel momento in cui si rivela essere stato al contrario un ulteriore percorso di reificazione e sfruttamento determina generalmente disperazione nel paziente. Tale presa di coscienza tuttavia è un passaggio necessario per uscire da forme di vera e propria schiavitù, che vengono messe in atto e mantenute, anche queste, attraverso l’isolamento e il segreto.

Gli esiti della violazioni in ambito terapeutico possono essere drammatici, con quadri sintomatologici di estrema gravità e complessità (depressione con ideazione suicidaria, episodi psicotici, abuso di sostanze).

Sempre Gabbard e Lester affermano che, in modo simile alle vittime di incesto, i pazienti spesso incolpano se stessi di aver corrotto il proprio analista e quindi soffrono di un profondo senso di vergogna e di colpa.

In particolare nei casi di terapeuti con patologia narcisistica e anti-sociale, la relazione tra paziente e terapeuta è simile all’*emprise*, forma estrema di una relazione impari che si caratterizza per l’influenza dominante di una delle parti, all’insaputa di quella più debole e che si realizza attraverso le dinamiche dell’effrazione (rottura di frontiere e limiti), della captazione (processo di appropriazione dell’altro) e della programmazione (condizionamento della vittima per indurre comportamenti predefiniti, al fine di assicurare la durata dell’*emprise*), messa in atto durante l’abuso incestuoso (Malacrea, 2001; Perrone, Nannini, 1995).

Secondo uno studio di Russel (1986) l’incidenza di violenza domestica a danno di donne che hanno subito nell’infanzia abusi di tipo incestuoso è doppia rispetto alle donne non vittimizzate sessualmente da familiari, e l’incidenza nella vita adulta di abusi sessuali da parte di altre figure di autorità, quali insegnanti, sacerdoti, terapeuti, è ancora più elevata rispetto alle donne non vittimizzate. Le vittime di abuso sessuale da parte del padre riferiscono di aver ricevuto proposte di prestarsi alla realizzazione di materiale pornografico con una frequenza di quattro volte superiore alle donne non vittimizzate dal genitore (cfr. Van der Kolk, 1996).

I bambini che crescono in famiglie in cui i genitori hanno abusato di loro spesso non hanno figure di riferimento a cui potersi rivolgere per mitigare il trauma. In assenza di tali figure esse si rivolgono ai loro persecutori e questo schema di relazione persiste anche nella vita adulta. La ripetizione di relazioni traumatiche rappresenterebbe altresì uno dei tentativi di fronteggiare attivamente traumi vissuti passivamente nell’infanzia, in quanto le vittime cercherebbero di avere un controllo maggiore su ciò che da bambine era fuori dal loro controllo (Gabbard, 1994).

Questo spiegherebbe anche la maggiore difficoltà per le sopravvissute di abusi infantili a uscire da situazioni di violenza domestica e di molestie e abusi da parte di terzi.

È probabile che le illusorie e onnipotenti aspettative di riuscire a far cambiare il partner o a convincere il persecutore a “ravvedersi” rap-

presentino tentativi di riparazione rispetto all'impotenza e al fallimento sperimentati nell'infanzia con i propri genitori.

Paura degli altri e aspettative di persecuzione, tradimento, svalutazione coesistono con la scarsa capacità di leggere i segnali di reale pericolo, cosa che può facilitare le rivittimizzazioni.

Inoltre se in alcuni casi può svilupparsi, accanto alla facilità di mettersi in situazioni rischiose, una sfida/capacità di sopravvivere in situazioni estreme, in altri casi la confusione traumatica e il terrore possono essere potentemente riesperiti e risultare del tutto sovrastanti, non permettendo l'individuazione di eventuali vie di fuga.

Ma ancora: le persone che hanno subito nell'infanzia abusi sessuali, a causa del vissuto di essere già state vittime della peggiore catastrofe, possono pensare di avere acquisito una sorta di immunità rispetto ad altre forme di pericolo e sviluppare l'illusione, compensatoria dei vissuti di impotenza e della carente autostima, di poterle magicamente controllare; ciò può coesistere con sensazioni di assoluta inadeguatezza e marginalità rispetto alle normali competenze sociali e relazionali e con la convinzione di essere facilmente raggirabili e vittime di tradimento.

Sfiducia, sospettosità e abnorme bisogno di controllo sono i correlati dell'imbroglio e dell'effrazione.

L'onnipotenza si unisce all'incapacità, derivante dal caos relazionale sperimentato nell'infanzia, di individuare le situazioni pericolose attraverso una corretta lettura dei comportamenti altrui.

Errori «rispetto all'ordinamento temporale degli eventi e alla loro attribuzione causale, al riconoscimento dei segnali provenienti da contesti che hanno più alta probabilità di essere pericolosi, come il buio, luoghi senza vie di fuga, l'essere da soli» (Crittenden, 1997) rendono le vittime più vulnerabili anche in età adulta.

Esse possono altresì temere una rivittimizzazione in situazioni in cui questo è realisticamente improbabile (Horowitz, 2003)

Di fronte a situazioni che rievocano il trauma o aspetti del trauma anche dal punto di vista delle modalità relazionali (intimidatorie, seduttive, manipolatorie), le vittime anche se adulte ridiventano preda di confusione, panico, impotenza, stigmatizzazione. Riferendo tali situazioni, esse dicono di essersi sentite di nuovo come delle bambine terrorizzate e di avere risperimentato la paura della disapprovazione e dell'abbandono, anche se non erano in causa persone realmente importanti dal punto di vista affettivo.

Sono tipici delle situazioni di rivittimizzazione il non "osare" opporsi e il pensare di non avere il diritto di affermare la propria volontà e i propri desideri, nonché la confusione di fronte a messaggi ambigui e seduttivi, veicolati e mescolati con manifestazioni affettive. L'ambiguità dei messaggi può riattivare reazioni traumatiche che riportano all'impotenza e alla perdita di controllo.

Le situazioni di maltrattamento fisico e sessuale, ma anche quelle in cui i bambini si trovano caricati di richieste e responsabilità eccessive, come nei casi di discuria e di assunzione di ruoli adultizzati volti alla protezione e all'accudimento degli adulti, fanno sì che i piccoli imparino «una forma di assunzione di punti di vista che limita il loro sviluppo: vale a dire, possono imparare ciò che gli altri vogliono, ma non come loro o gli altri si sentono. Senza questa conoscenza, non possono sviluppare empatia né per se stessi né per gli altri» (Crittenden, 1994). La capacità empatica, che consiste nel riuscire a individuare correttamente gli stati emotivi degli altri, consentendo anche di distinguere i potenziali alleati dai nemici, risulta alterata nelle vittime di gravi traumi interpersonali.

Anche la prostituzione e la promiscuità sessuale, che possono entrambe essere accompagnate da vagabondaggio, sono annoverate tra le forme di rivittimizzazione, per le quali gli abusi sessuali nell'infanzia sono un importante fattore di rischio. Promiscuità sessuale, esercizio della prostituzione, vagabondaggio, alcolismo, abuso di sostanze sono frequentemente associate.

Secondo Widom e Kuhns (1996), sia l'abuso sessuale sia la trascuratezza sono predittivi di prostituzione nelle femmine, mentre il maltrattamento fisico sarebbe solo marginalmente associato a essa.

In riferimento all'incesto Barrois (1997) dice che esso equivale all'introduzione "forzata" tramite effrazione di un'aggressività e rappresenta una specie di messa a morte delle capacità amorose. Il bambino non è più né bambino né adulto, non è più niente, non è da nessuna parte, non ha un posto, è "un non-luogo" in rapporto alla sessualità.

Welldon (1988) afferma che, una volta raggiunta l'età adulta, molte donne che da bambine sono state vittime di incesto vedono poche alternative alla prostituzione e che il loro corpo reagirà secondo modalità estremizzate, esprimendo una risposta libidica esasperata o manifestando la totale repressione della sessualità.

L'autrice dice che la "soluzione" della prostituzione è una ripetizione dei traumi precedenti, strumento attraverso cui la vittima tenta di rifarsi una vita, fallendo però sempre poiché, imprigionata nel modello familiare, diventa reiteratamente oggetto di sfruttamento.

Nella descrizione dei casi clinici attinenti alla tematica qui trattata, le mie pazienti sono state di volta in volta oggetto di seduzione, deprivate sul piano emotivo, viste e trattate come oggetti parziali, ostacolate nel loro processo di individuazione dalle figure parentali, vittime di una prematura sessualizzazione da parte dei genitori; caratteristiche simili a quelle riscontrate non soltanto nell'analisi della psicogenesi della perversione, ma anche nelle sue manifestazioni patologiche. Queste donne soffrono di una forma depressiva mascherata, dissimulata da un'attività sessuale distorta e compulsiva, generata da un profondo desiderio di vendetta. Le interazioni "sessuali" di questa natura mancano di ogni intimità, ap-

porto emotivo, senso di continuità e gratificazione sessuale, per produrre, al loro posto, un passeggero senso di esaltazione, ben presto sostituito da sensazioni di isolamento e disperazione.

Riprendendo Judith Herman (1992), sempre Welldon (1988) parla dell'incesto quasi come di una forma di "apprendistato" alla prostituzione, in quanto il padre costringe la figlia a "pagare" l'affetto e la cura, e così facendo distrugge il legame fatto di protezione che dovrebbe caratterizzare il rapporto con i figli: in questo modo "inizia" la bambina alla prostituzione.

L'autrice ancora spiega che:

Sebbene le principali caratteristiche comuni alle donne che esercitano la prostituzione possano, a prima vista, sembrare l'ostilità e il disprezzo nei confronti degli uomini, la loro mancanza di autostima e i rischi ai quali si espongono sono innegabili. E non si tratta di rischi solo di natura fisica, ma anche di rischi connessi a fantasie che hanno a che fare con la rappresentazione mentale del loro corpo. Tali fantasie agiscono simultaneamente sul piano materiale e simbolico, e possiedono caratteristiche che rispondono alla profonda depressione in cui versano queste donne, e al disprezzo che nutrono nei confronti di se stesse. Poiché il loro grado di autostima è infimo, al fine di liberarsi di questo "discredito", cominciano ad adescare gli uomini, e quando questi si fanno avanti, disposti a pagare per le loro prestazioni, ne ricavano un forte senso di esaltazione. Finalmente si sentono oggetto di un desiderio esplicito e, pur trovando la cosa abominevole, avvertono al tempo stesso che il loro corpo è l'unico bene di qualche pregio di cui dispongono. L'adescamento diventa quindi un "regolatore" dell'autostima [...].

La donna che si prostituisce è piena di amarezza e determinata a vendicarsi; tale vendetta, sostiene Welldon, sembrerebbe indirizzata contro la propria condizione di inferiorità sul piano socioeconomico e contro un mondo dominato dagli uomini, ma in realtà sarebbe diretto contro la madre, essendo compresenti il desiderio di conquistare una posizione di potere, di disporre di un controllo consapevole e uno svilimento inconscio di sé e del proprio sesso.

L'autrice racconta che una sua paziente, abbandonata all'età di undici mesi dalla madre, era stata fin da piccola accusata dal padre di essere stata causa della fuga della moglie. A quattro anni la bambina subì un'aggressione sessuale da parte di un parente e piangendo riuscì a raccontare al padre quanto successo. L'esito consistette nell'inizio di un abuso sessuale da parte del padre, che si protrasse per anni, a cui seguirono altri abusi da parte di vari parenti. La paziente si rivolse a Welldon per la sua tendenza a legarsi sentimentalmente a uomini violenti. Nell'esercizio della prostituzione si era specializzata in rapporti sadomasochisti, durante i quali le veniva richiesto dai clienti di infliggere loro umiliazioni fisiche e verbali.

Welldon interpretò la sua determinazione a rivolgersi a una terapeuta donna come la manifestazione di un profondo desiderio di creare un legame solido con una madre sensibile e premurosa, che vivesse la propria femminilità come un valore, e che fosse capace di fronteggiare l'odio e il desiderio di vendetta che lei provava per la sua madre reale. L'autrice afferma che la donna aveva impiegato molto tempo per arrivare a comprendere che «doveva correre il rischio di fidarsi di una donna».

La sua totale mancanza di fiducia nelle donne andava ricondotta al modo in cui aveva vissuto l'abbandono materno [...]. Al di là dell'incesto, la bambina avvertiva da parte sua (del padre) una qualche forma di coinvolgimento emotivo [...]. Perché dunque non avvicinare gli uomini piuttosto che le donne nel cercare la risoluzione dei propri problemi? In fondo sapeva che, in mancanza di una reazione emotiva, avrebbe almeno ottenuto da parte loro una risposta di tipo fisico: da sua madre non aveva ricevuto né l'una né l'altra [...].

Che la prostituzione sia apparsa ai suoi occhi come la soluzione più conveniente e opportuna è la logica conseguenza della sua storia personale. Dopotutto fin da bambina nessuno si era mai curato della sua vita emotiva; il corpo era stato l'unico mezzo disponibile attraverso il quale trasmettere o suscitare affetto o emozioni. [...] Questa donna vide nella prostituzione la soluzione più idonea ai suoi problemi, non soltanto perché alleviava il grande dolore, la depressione, la disperazione, ma anche perché le permetteva di vendicarsi di tutte le esperienze traumatiche e distruttive che avevano segnato la sua vita. Ora, contrariamente al passato, si sentiva completamente padrona della situazione, finalmente nella situazione di chi non subiva ma infliggeva umiliazioni.

Con le giovani donne, rispetto ai vissuti di colpa, vergogna, stigmatizzazione, rabbia, impotenza e disperazione, e ai fini della prevenzione di rivittimizazioni, comportamenti autolesivi e possibili disfunzionalità future nel campo della genitorialità, è fondamentale far sì che la “colonizzazione” da parte dell'abusante emerga chiaramente e venga riconosciuto dalle vittime.

«Sono stufo di vedermi come mi vedeva lui», dice una paziente durante una seduta di gruppo per vittime di abuso sessuale nell'infanzia, riferendosi alle continue denigrazioni rivolte alle bambine che sono emerse da parte di tutte le partecipanti. È importante che le donne arrivino a riconoscere l'origine del disprezzo per se stesse nell'interiorizzazione dello sguardo del perpetratore, introducendo la possibilità di una differenziazione da lui che non consista nella negazione della propria aggressività, dove per essere “buone” è fatale condannarsi a essere perennemente vittime (Luberti, 1994; Luberti, Moscati, 2001), così come è necessario che la riattualizzazione dei rigidi modelli relazionali interiorizzati vittima-aggressore sia riconosciuta e ridefinita rispetto alla sua origine (Luberti, Moscati, 2001).

Bisogna anche tenere presente che i contenuti della colonizzazione non possono continuare a essere visti soltanto come “corpi estranei”, pena il ritornare sempre e soltanto alla posizione di vittima impotente, condannata a reiterati, talvolta anche violenti, tentativi di “espellerli”.

La descrizione di “un mostro che prende vita dentro di sé” e della “trasformazione di sé in un mostro” può emergere come spiegazione di comportamenti autolesivi.

Tale “trasformazione” può avvenire in coincidenza di momenti in cui la ex vittima è invasa da sentimenti di impotenza e vulnerabilità intollerabili alla parte di sé persecutrice e identificata con l’aggressore, che rompe gli argini e punisce, tentando di sopprimere la parte fragile e bisognosa.

Se le “parti mostruose” restano entità completamente estranee che abitano la vittima, non c’è via d’uscita, ma solo fallimentari tentativi di espulsione (ad esempio automutilazioni e comportamenti alimentari caratterizzati da abbuffate con condotte di eliminazione). L’inabitazione da parte del “mostro” porta all’odio verso di sé, e a colpire in particolare “la parte” che è stata materialmente trattata nell’abuso come cosa e che, come tale, merita di essere punita: il corpo.

È emblematico il caso di Cristina, una paziente di 24 anni, abusata dal padre, che parla del mostro che “le prende vita dentro” quando compie atti autolesionistici. A un certo punto però dice: «Mi pare che in quei momenti *io* sono simile a lui (l’abusante)». Il tono con cui si esprime non è però questa volta connotato dal consueto disprezzo di sé, né la paziente è invasa dalla confusione. La ragazza sta mettendo in atto un processo di integrazione, passando dalla descrizione di un terzo dentro di sé (“il mostro”) alla possibilità di riflessione su se stessa come persona danneggiata, ma intera.

La parte “mostro” è potuta iniziare a diventare agli occhi di Cristina degna di cura, il che non è equivalso a “perdonare” il perpetratore, né tanto meno a pensare di prendersene cura<sup>11</sup>, secondo le consuete oscillazioni di rabbia e di pena che caratterizzavano questa paziente, bensì a differenziarsi da lui.

È ovvio che tale riconoscimento, che fa parte del percorso di integrazione, è di difficile accesso e non può essere indotto prematuramente o forzatamente dai terapeuti, pena grossi rischi di rifiuto della terapia e di aumento dell’odio di sé e della disperazione.

La chiarezza, rispetto alle finalità della cura delle vittime, è assolutamente necessaria. L’obiettivo infatti è quello che esse possano final-

---

<sup>11</sup> Come raccomandato invece in alcuni *pamphlets* a uso delle vittime adulte, che circolano anche in forma di cassette audio ove le si invitano a curare il genitore abusante-bambino che “hanno dentro di sé”, inviti che risultano estremamente dannosi e fonte di rabbia e confusione.

## 9. Maltrattamenti infantili e genitorialità

mente prendersi cura delle loro ferite, rinforzando e acquistando fiducia negli aspetti sani di sé e nelle proprie risorse riparative, senza perpetuare internamente l'inversione di ruoli, la confusione e il permanere nella "rete degli imbrogli", così penosamente e distruttivamente presente nelle famiglie incestuose.

Le persistenti convinzioni sulla propria impotenza e sull'onnipotenza del colonizzatore possono in questo modo essere riviste, così come "l'equivalenza" con lui e la sensazione di predestinazione a una vittimizzazione infinita da parte di qualcuno che in molti casi non è neanche più concretamente presente nella vita.

La vittima, diventata adulta, può restare legata a un'immagine congelata della bambina che è stata, che viene descritta come una "donna in miniatura" con caratteristiche di cattiveria, sporcizia, malizia, complicità, colpevolezza, ed essere incapace di differenziare la condizione infantile da quella adulta e di fare corrette attribuzioni di responsabilità («Lo so razionalmente come stanno le cose, ma non le sento così, sento che ero io la cattiva e che ero io che lo volevo»).

Spesso questo si esprime attraverso manifeste espressioni di ostilità e disprezzo nei confronti di tutti i bambini (Luberti, Moscati, 2001).

Anche nei casi in cui le adulte manifestano desiderio di avere figli, a un approfondimento frequentemente si rileva scarso sviluppo di capacità protettive, in quanto ai bambini vengono comunque attribuiti caratteristiche adulte e doveri di autoproteggersi.

È emblematico il caso della madre di Asia. Asia, 25 anni, abusata da un amico di famiglia dagli 8 ai 12 anni, chiede aiuto in quanto, a seguito di un episodio di violenza subito da un'amica, inizia ad avere frequenti e tormentanti flashback sull'abuso, del quale afferma di essersi sempre ricordata, ma «come di una cosa distante da lei».

La sua infanzia è stata caratterizzata da inversione dei ruoli a sostegno della madre, con cui è sempre stata schierata apertamente contro un padre debole e poco presente.

A 22 anni si confida con la madre dell'abuso subito. Questa a sua volta le rivela di essere stata per anni abusata dal convivente di sua madre, ma si affretta a dire che ha "superato" il problema da sola.

Dopo la rivelazione ricevuta dalla figlia, la signora telefona subito all'abusante chiedendogli spiegazioni. L'abusante le risponde che voleva solo «insegnare delle cose alla bambina in modo che nessuno si potesse un domani approfittare poi di lei». La donna gli risponde, a suo dire perentoriamente: «Sono i genitori che devono occuparsi dei figli!», riferendo poi soddisfatta la sua risposta alla figlia.

Dopo questo episodio non riprende più il discorso con Asia e mostra atteggiamenti minimizzanti sull'accaduto.

A volte parla dell'abusante – che peraltro non rivede solo perché Asia si oppone – come se «nulla fosse successo» e questo provoca le furie

della ragazza, che non si capacita del perché la madre si comporti in questo modo, «come se non gliene fregasse niente».

In questo caso è risultato evidente come fattori di rischio presenti nell'infanzia della madre abbiano pesato potentemente sulle sue capacità protettive e di lettura del disagio e dei bisogni della figlia.

Distorsioni cognitive, scarse capacità predittive rispetto a situazioni di pericolo, scarsa empatia rappresentano fattori che incidono negativamente sulle capacità relazionali e sulla genitorialità anche futura, che può caratterizzarsi con forme di trascuratezza emotiva, inversione dei ruoli, confusione nell'educazione dei figli, mancanza di protettività o comportamenti maltrattanti.

Sempre in relazione alla genitorialità, diversi autori hanno osservato che possono essere precursori comportamentali dell'attaccamento disorganizzato nei bambini le condotte spaventanti dei genitori, anche in assenza di maltrattamento diretto. Tra questi precursori vi sarebbe il comportamento spaventante dei genitori con traumi irrisolti. In particolare, l'elevata tendenza alla dissociazione presentata da genitori con traumi irrisolti provocherebbe paura nel bambino, anche se l'effetto delle condotte spaventanti dissociate sarebbe comunque meno evidente rispetto alle reali interazioni terrorizzanti (Van IJzendoorn *et al.*, 1999). Non è quindi la presenza di traumi a essere associata a risposte disorganizzate nei figli, bensì la presenza nei genitori di traumi – correlati alle loro figure di attaccamento – che non sono stati elaborati. I genitori con traumi irrisolti possono essere soggetti a repentini cambiamenti negli stati mentali con episodi dissociativi e trance che si manifestano con immobilità fisica e fissità dello sguardo, possono mostrarsi loro stessi spaventati dal bambino e avere atteggiamenti di allarme, possono reagire alla paura con comportamenti di rifiuto oppure ricercare sicurezza e conforto nel figlio. In stati regrediti i genitori possono pretendere che i bambini si prendano cura di loro e li accudiscano (Putnam, 2001). I comportamenti spaventati/spaventanti dei genitori possono essere sollecitati da situazioni (comprese le interazioni con il bambino o momenti della sua crescita) che rievocano aspetti del trauma e provocano invasione di ricordi intrusivi (Siegel, 1999). Tutte queste reazioni non dipendono dai comportamenti del bambino e non sono quindi risposte a segnali provenienti da lui, ma derivano da processi interni del genitore. Le forme disorganizzate di comunicazione dei genitori compromettono le possibilità del piccolo di prevedere i loro atteggiamenti e comportamenti e di imparare, a sua volta, a leggere correttamente i segnali provenienti dall'esterno. Il bambino presenterà confusione e paura, difficoltà nella regolazione del flusso degli stati mentali e delle emozioni, tendenza alla dissociazione, disturbi dell'attenzione, aggressività, disturbi cognitivi e dell'adattamento (Main,

Hesse, 1990; Siegel, 1995, Hesse, Main, 1999; Van IJzendoorn *et al.*, 1999, Siegel, 1999). L'induzione della dissociazione nei figli avverrebbe anche attraverso meccanismi di imitazione dei bruschi cambiamenti comportamentali dei genitori (Putnam, 2001).

Oltre ai comportamenti terrorizzanti diretti contro di loro, i bambini possono assistere anche a condotte spaventanti conflittuali, come ad esempio nelle situazioni di conflitto coniugale cronico (Van IJzendoorn *et al.*, 1999, in Camisasca, 2001), dove i termini “conflitto” e “conflittuale”, come si deduce dal contesto, sono qui intesi dagli autori come includenti le situazioni di violenza sul partner. Se si pensa che le vittime adulte di traumi infantili hanno maggiori probabilità di subire o agire violenza domestica, si può capire come possano esserci diversi fattori di rischio per lo sviluppo di attaccamenti disorganizzati e di disturbi dissociativi nei loro bambini.

L'attaccamento disorganizzato viene correlato a sua volta, oltre che a difficoltà di gestione dello stress e tendenza alla dissociazione, a maggiore possibilità di sviluppare PTSD e a elevato rischio di condotte esternalizzate e di patologie relazionali nella vita adulta (Fonagy, 2002; Kernberg, 1998; Siegel, 1999). Esso è considerato fattore di rischio per la patologia borderline, caratterizzata da immagini di sé e degli altri molteplici e contraddittorie, incapacità a modulare le emozioni, tendenza a fornire risposte abnormi a eventi reali o immaginari di abbandono, separazione e solitudine (Liotti, 1999).

Le adolescenti vittime di abusi sono a rischio per quanto concerne le gravidanze precoci, che possono rappresentare un mezzo per sottrarsi alle situazioni familiari disfunzionali e violente, ma essere anche segno di scarse capacità di autoprotezione.

Le gravidanze sono annoverate tra i fattori di rischio rispetto alla possibilità di subire altre rivittimizzazioni – in particolare violenza da parte del partner –, di infliggere maltrattamenti ai figli e/o di non essere in grado di proteggerli.

Di Blasio e Camisasca (2005) sottolineano che la giovane età della madre nella connotazione di fattore distale di rischio viene segnalata in letteratura in quanto potrebbe associarsi a difficoltà all'assunzione di responsabilità come genitore, come scarsa capacità di anticipare i bisogni del bambino e proteggerlo dai pericoli, a causa del perdurare di tensioni adolescenziali. Le autrici affermano inoltre che è fondamentale analizzare le caratteristiche della famiglia di origine della giovane madre, le relazioni al suo interno, le modalità con cui si affrontano le tensioni, le novità e i problemi.

I dati a disposizione indicano che i nuclei familiari delle adolescenti non sono sempre in grado di fornire quel sostegno di natura sia affettiva sia pratica di cui le adolescenti hanno bisogno. Anche nei casi in cui av-

viene è bene ricordare che, se il sostegno viene fornito dalla propria madre in una situazione di convivenza caratterizzata da un clima di tensione e conflitto, tale supporto non aiuta lo sviluppo della competenza genitoriale. [...] Costituiscono invece fattori di grave rischio per il verificarsi di situazioni maltrattanti e trascuranti, insieme alla giovane età della madre, la presenza di insufficienti competenze cognitive, di bassi livelli di autostima e, in particolare, di problematiche legate alla salute mentale (Di Blasio e Camisasca, 2005).

Anche la rinuncia alla genitorialità può essere una conseguenza di abusi infantili, in quanto la gravidanza può rappresentare per le vittime un'ulteriore violazione e invasione e il corpo, contaminato e contaminante, può essere vissuto in relazione a questa soltanto come possibile «contenitore di “cose” cattive e mostruose».

Tutto ciò che riguarda l'espressione del femminile può essere vissuto come degradato, umiliante, complice, meritevole di disprezzo e la maternità essere vista come accettazione incondizionata di subalternità. L'abuso da parte di una figura adulta di riferimento, come il padre e la percezione della debolezza materna possono bloccare la possibilità di identificazione con un femminile che non ha possibilità di generare senza essere colpevole di sottomissione e di assoluta insignificanza.

Anche gli abusi extrafamiliari in presenza di figure genitoriali scarsamente protettive e contenitive, trascuranti o fragili possono esitare in rappresentazioni simili della generatività femminile.

Giulia, 30 anni, è stata abusata dai sei ai nove anni da uno zio materno. Il padre, maltrattante psicologico e trascurante verso i figli, con una struttura di personalità narcisistica, ha sempre tradito platealmente la moglie, che ha sviluppato depressione e somatizzazioni e che Giulia accudisce fin da piccolissima. Il padre nutre un grande disprezzo per il genere femminile, che esprime con aperte svalutazioni e denigrazioni della moglie e delle donne in generale.

L'incontenibile rabbia di Giulia e la sua aggressività, che le creano grosso disagio relazionale e che si alimentano per l'impossibilità di trovarvi uno sfogo proporzionato, diventano la più manifesta espressione della sua sofferenza per l'abuso subito da piccola, in contrapposizione alle modalità di patimento sottomesso di una madre con cui Giulia non ha potuto identificarsi.

Ciò che rappresenta il femminile, da sempre in casa sua oggetto di denigrazione e disprezzo, non può che venire rifiutato dalla giovane donna.

Incidendo sull'impossibilità di crearsi una famiglia propria anche la situazione di estrema dipendenza delle vittime dalle famiglie di origine, frequente nei casi di abuso intrafamiliare, con il correlato del continuare a sentirsi “figlie”, anche se spesso con la percezione di una tremenda prigionia.

Il “furto” dell’infanzia che la vittima percepisce di aver subito la può rendere ostile verso i bambini che hanno la “fortuna” di essere ancora tali e che pertanto possono ricevere invidiatissime cure.

Il senso di contaminazione e di venire dal “marcio” (il genitore abusante) può far sì che la vittima desideri interrompere la “trasmissione *genetica* del male” e può determinare il rifiuto di rendere il carnefice “eterno”, mettendo al mondo dei bambini.

Alcune vittime vivono il fatto di non avere procreato come uno “scampato pericolo”, per la convinzione che non sarebbero state delle buone madri («In ogni caso», riferisce un’adulta, «non potevo correre il rischio»).

A seguito della sensazione di essere state “eliminate dalla vita” attraverso l’abuso, le vittime possono mettere tutti gli sforzi per “rinascere”, diventando prima figlie di qualcun altro/qualcos’altro (ideale, gruppo, partito, religione, ecc.), e poi, nel migliore dei casi, genitori di qualcos’altro/qualcun altro, nel caso riescano a liberare e utilizzare le risorse di cui sono in possesso e si sentano in grado di trasmettere un po’ di amore e di conoscenza.

In alcuni casi viene adottata dalle donne, come motivazione del rifiuto di avere figli, anche la paura di non essere in grado di difenderli da chi ha abusato di loro da piccole, in particolare nei casi di abuso sessuale da parte del padre.

Alcune vittime riferiscono di non volere figli per paura di abusarli a loro volta.

Pare che la maggioranza dei terapeuti tenda a sottovalutare le paure delle adulte abusate di potere a loro volta abusare, mettendo in atto strategie minimizzanti e tranquillizzanti con le pazienti, invece di indagare seriamente le ragioni delle paure ed eventualmente indirizzare le donne verso un trattamento adeguato. Ma l’abuso da parte di donne è ancora più impensabile, spaventante e socialmente destabilizzante dell’abuso maschile, e questo può essere alla base di mancati approfondimenti diagnostici e conseguenti trattamenti.

Sempre negli anni Sessanta, non venne prestata la dovuta attenzione a quanto accadeva realmente nei casi di “maltrattamenti infantili”. Nessuno, nemmeno i medici più esperti, riusciva a credere che fossero state le madri a provocare simili lesioni nei loro bambini. Si ammetteva che le “donne” in genere fossero capaci di azioni simili, ma da queste escludevano categoricamente “le madri”. Eppure, esse erano in primo luogo figlie e donne, prima ancora di diventare – alcune per puro caso – delle madri. Ritengo che l’incapacità di formulare una diagnosi accurata del comportamento di queste donne derivasse in parte dalla “glorificazione” sociale della maternità, e dal rifiuto di ammettere che questa potesse presentare qualche aspetto negativo. [...] C’è da chiedersi perché risulti tanto difficile dare forma concettuale alla maternità perversa e agli altri comportamenti femminili perversi secondo una psicopatologia distinta e total-

mente diversa, che tragga cioè origine dal corpo femminile e dai suoi attributi intrinseci. [...] È noto che una definizione di perversione sessuale vera e propria dovrebbe sempre includere la partecipazione del corpo [...]. Parlare di “barriera corporea” significa che per compiere un’azione perversa una persona deve servirsi del corpo. Credo tuttavia che nella definizione di perversione il termine “corpo” sia stato erroneamente identificato con la sola anatomia e fisiologia maschili, più precisamente con il pene e l’orgasmo genitale. Come si sarebbe potuto altrimenti tralasciare il fatto che il corpo delle donne, per le sue caratteristiche fisiologiche, viene completamente sopraffatto da pulsioni procreative, talvolta accompagnate dalle fantasie più perverse, il cui risultato si materializza a livello fisico? (Welldon, 1988)

In molti casi si ha nella donna un’*esacerbazione* di sintomi nel momento in cui la figlia raggiunge l’età in cui era iniziato per lei nell’infanzia l’abuso sessuale (Luberti, 1997b). È il momento in cui pare che più massicciamente possano agire meccanismi proiettivi da parte della madre.

Tali meccanismi fanno sì che possano emergere ed essere proiettati sulla bambina i vissuti di colpa e contaminazione, ma anche quelli di minaccia e pericolo imminente per la figlia, oltre che per se stessa, con paure di danneggiamento, ferimento e morte.

La bambina potrebbe venire “allontanata” e impropriamente controllata o punita, in quanto presunta portatrice di caratteristiche che la madre odia in sé (la bambina sporca e colpevole che “abita” dentro di lei).

Un figlio può rappresentare la compensazione e il tentativo di sopperire alla sensazione di vuoto interiore, nonché il tentativo di riparare difficoltà relazionali e sociali, e il suo “fallimento” in questo compito potrà esitare in comportamenti genitoriali colpevolizzanti e svalutanti.

Nelle situazioni di abuso sessuale in cui è stato creato un “privilegio” relazionale della vittima predestinata – con danno al rapporto di questa con la madre come strategia di isolamento ma anche come espressione di odio e disprezzo per il genere femminile che la madre stessa rappresenta –, l’apparente “esenzione” della bambina dalla svalutazione del suo genere di appartenenza da parte dell’abusante incide gravemente sulle possibilità di sviluppo del narcisismo normale e sull’identità di genere.

Erika ha 19 anni quando, accompagnata dalla madre, si rivolge a un centro antiviolenza per gli abusi sessuali commessi dal padre. Gli abusi sono iniziati molto precocemente, con una progressiva sessualizzazione messa in atto attraverso lo sfruttamento di situazioni apparenti di accudimento e di gioco, che sono rimasti a lungo per la figlia fonte di malessere indecifrabile. Data la precocità dell’inizio dell’abuso, i ricordi sono frammentati e restano a lungo privi di significato coerente e comprensibile, macchie di disagio, confusione e paura senza perché, che compro-

mettono anche negli anni successivi la capacità della figlia di cogliere la reale intenzionalità delle interazioni paterne. Il genitore maltratta e sfrutta economicamente prima la madre di Erika e poi la nuova compagna, delle quali parla sempre con disprezzo alla bambina, che mette inoltre a parte di “confidenze” sulla sua vita sessuale con le partner. Le donne sono tutte stupide e “poco di buono”, a parte Erika, che non è come le altre, è l'unica alla sua altezza, l'unica che lo può capire. La ragazza fatterà molto per decodificare le menzogne paterne e per leggere il suo “privilegio” come parte dell'imbroglio a cui è stata sottoposta. Sarà necessario anche un lungo lavoro sulla diade madre/figlia per riparare i gravi danni derivati alla loro relazione.

Quando viene messo in atto l'abuso sessuale e si svela via via il carattere illusorio del “privilegio”, questo si trasforma in una sensazione di mostruosità. A ciò la vittima può reagire anche attraverso l'eroizzazione della disgrazia e la valorizzazione dell'unicità della sofferenza, da cui può diventare dipendente, con un'identificazione totale con il polo di vittima, che è di ostacolo alla rielaborazione del trauma e al recupero di buone competenze nelle diverse aree di vita.

Ma anche la negazione dell'impatto traumatico e il mantenimento del legame perverso può essere una delle evoluzioni, con grave pericolo di abuso sui figli della vittima, dato che in questi casi essa non attiva comportamenti protettivi e affida i bambini alla famiglia di origine, abusante compreso.

I figli, una volta diventati adulti, possono continuare a essere i difensori e i protettori dei loro genitori, e nel ruolo di madri, padri, zie e zii perpetuare il vincolo della negazione e del segreto rispetto ad abusi o maltrattamenti agiti anche sulle nuove generazioni.

La violenza assistita in età minore è un fattore di rischio aggiuntivo rispetto alla mancanza di capacità protettive, nel momento in cui la vittima diventa a sua volta genitore.

I danni alle relazioni tra fratelli derivanti da situazioni di maltrattamento, in particolare se plurimo (abuso sessuale; violenza sulla madre; abuso sessuale e maltrattamenti sui fratelli), con le dinamiche legate alla segretezza e alla “distribuzione” differenziata di “privilegi” e violenze ai vari membri della fratria, alimentano comportamenti non solidali che persistono anche nella maturità. Questo rinforza, una volta che le vittime sono diventate adulte, la possibilità di adozione di comportamenti non protettivi verso i bambini della nuova generazione. Ciò può spiegare come frequentemente i piccoli non abbiano la possibilità di trovare ascolto e protezione presso membri della famiglia allargata a contatto con loro, e come anche un genitore protettivo, al momento dello svelamento di un abuso subito dal figlio, possa non ricevere sostegno e solidarietà da parte dei suoi stessi fratelli.

Herman (1992), tuttavia, sostiene che la maggioranza dei sopravvissuti ad abusi e maltrattamenti infantili non maltratta, abusa o trascura i propri bambini, e che molte vittime di abusi, spaventate all'idea che i propri figli subiscano un destino simile al loro, fanno di tutto per evitarlo, e per il bene dei bambini riescono a mobilitare quelle capacità di cura e protezione che non sono mai state in grado di dedicare a se stesse.

La stessa autrice afferma che i sopravvissuti hanno maggiori probabilità di vittimizzare se stessi piuttosto che gli altri e che «è sorprendente come essi non divengano più spesso perpetratori di abuso. Forse a causa della ripugnanza verso se stessi così profondamente inculcata in loro, essi sembrano più disposti a dirigere l'aggressività contro se stessi».

Se abusi e maltrattamenti infantili si riscontrano con preoccupante frequenza all'anamnesi di pazienti che presentano in vario modo inadeguatezze nell'area della genitorialità, tuttavia è vero che molte sono le persone che fortunatamente riescono a esprimere una genitorialità "sufficientemente buona" e a interrompere il temuto "ciclo intergenerazionale della violenza".

Antonella è una ragazza intelligente con buone capacità empatiche, che ha subito nell'infanzia abusi sessuali da parte di un amico di famiglia. A una festa di matrimonio si accorge dello strano modo di giocare di un adulto con una bambina di cinque anni. Costui insegue la piccola, facendole il solletico e dandole delle pacche sul sedere; la tocca inoltre sul petto, dicendole: "Ti tocco le poppine, ti tocco le poppine!". La bambina scappa, mostra imbarazzo e disagio, ma l'uomo ride e continua.

Gli adulti intorno o ridono anche loro, o comunque non intervengono, compresi i genitori della bambina. Antonella invece tenta goffamente di intervenire cercando di interrompere il "gioco", senza però riuscire a dire niente di incisivo. Successivamente sia il suo fidanzato che i genitori (a cui ha detto degli abusi infantili che ha subito) le danno della "fisata" che "vede abusi dappertutto".

Facendosi descrivere bene l'episodio, sembra invece plausibile l'ipotesi che Antonella abbia in realtà colto una delle modalità di agire comportamenti abusivi: mettere tali comportamenti (parzialmente) "sotto gli occhi di tutti", confondendo gli altri adulti sulla natura e l'intenzionalità delle interazioni.

Quando si accorge inoltre che un nipotino viene trascurato dai suoi problematici genitori, si attiva per stargli vicino e proteggerlo.

Non solo. Un conoscente si confida con lei, perché ha scoperto che la sua bambina ha subito abusi sessuali da parte di un amico di famiglia. Antonella scopre che l'abusante è la stessa persona che aveva a suo tempo abusato di lei. Rivela la cosa al padre della piccola, che a questo punto le chiede se è disponibile ad andare a testimoniare. Antonella non ha la minima esitazione e affronta la testimonianza, che si rivela per lei molto dolorosa, ma che dà un aiuto decisivo alla nuova piccola vittima e alla famiglia di questa nel procedimento giudiziario.

Al fine di capire la possibilità delle diverse evoluzioni delle esperienze sfavorevoli infantili sono stati di fondamentale importanza gli studi sui fattori di rischio e di protezione e sulla resilienza, attraverso i quali è emerso come esistano nelle famiglie e negli individui una dinamicità e un'interrelazione tra esperienze positive e negative, che non si possono ridurre alla semplice individuazione descrittiva delle une e delle altre (Di Blasio, 2000, 2002, 2005)<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> Si veda anche in questo stesso volume il capitolo «Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine».

## Violenza assistita: un maltrattamento “dimenticato”. Caratteristiche del fenomeno e conseguenze\*

*1. L'emergere del fenomeno e il suo significato sociale; 2. Violenza assistita: comorbidità con altre forme di abuso all'infanzia; 3. Effetti a breve, medio e lungo termine*

In questo contributo si intende indagare il fenomeno della violenza assistita, una forma di maltrattamento ancora spesso misconosciuta o minimizzata, sul quale invece la ricerca ha cercato di raccogliere informazioni puntuali riferite a episodi particolarmente gravi di violenza assistita vissuti dalle donne nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza.

Nel documento del Cismai (Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia) *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri* si precisa che la violenza assistita è una forma di maltrattamento che subiscono i minori, la cui rilevazione necessita del preliminare riconoscimento della violenza intrafamiliare diretta.

È ovvio che nel termine “riconoscere” si deve includere, oltre e prima del rilevare, la conoscenza dell'esistenza del problema e la disponibilità mentale ed emotiva a prendere in considerazione il danno che ne deriva alle vittime e ai loro bambini, e quindi a vedere, informarsi, formarsi, decidere di compiere delle azioni ai fini della protezione e della cura.

Lo studio sui danni riportati dai bambini che assistono alla violenza sulle loro madri ha trovato impulso a partire dall'osservazione diretta dei figli delle donne maltrattate accolte con i bambini nelle case rifugio a indirizzo segreto, osservazione che permise una rilevazione e valutazione diretta degli effetti e non solo mediata dal racconto delle donne che si rivolgevano ai centri antiviolenza<sup>1</sup>.

\* Roberta Luberti, medico-psicoterapeuta, Associazione Artemisia, presidente del Cismai.

<sup>1</sup> Herman (1992) ricorda che «come era avvenuto per lo stupro, le iniziative sulla violenza domestica e sull'abuso sessuale dei bambini si svilupparono all'interno del movimento femminista e i servizi destinati alle vittime furono organizzati al di fuori del sistema di salute mentale tradizionale, spesso con l'assistenza di professioniste che aderivano al movimento. La ricerca d'avanguardia sugli effetti psicologici della vittimizzazione fu portata avanti da donne che si riconobbero attive e impegnate partecipanti del movimento. E come era avvenuto per lo stupro, le ricerche psicologiche su maltrattamenti domestici e sull'abuso sessuale dei bambini condusse alla riscoperta della sindrome del trauma psichico».

Molti autori avevano parlato dei danni derivanti dall'assistere alla violenza domestica, inserendola nel maltrattamento psicologico. Di Blasio (2000) ha definito il maltrattamento psicologico «la reiterazione di pattern comportamentali o modelli relazionali che convogliano sul bambino l'idea che vale poco, non è amato, non è desiderato, la presenza di biasimo protratto, isolamento forzato, disparità e preferenze verso i fratelli, minacce verbali, e ancora **consentire** che il **bambino assista alla violenza e ai conflitti tra i genitori** o sia **spettatore di aggressioni fisiche di un genitore nei confronti dell'altro o dei fratelli**».

Monteleone (1999) ha descritto tra le categorie di abuso psicologico su un/una minore:

- ignorare il bambino e venire meno al compito di fornire stimoli necessari, risposte affettive e conferma della sua dignità, all'interno della normale routine familiare;
- isolarlo e impedire al bambino un normale contatto umano;
- aggredirlo verbalmente;
- opprimerlo con pressioni a crescere in fretta, ad appropriarsi troppo presto di abilità in campo scolastico, fisico/motorio e degli scambi interpersonali;
- danneggiarlo incoraggiando comportamenti distruttivi e antisociali;
- terrorizzare il bambino;
- creare un clima di paura, ostilità e ansia, impedendo al bambino di fare propri sentimenti di sicurezza e protezione.

Molti degli aspetti dell'abuso psicologico, come è facilmente deducibile, sono presenti dove c'è maltrattamento sulla madre o su altro membro della famiglia. In particolare, per quello che riguarda la categoria del terrorizzare, tra i comportamenti inducenti terrore l'autore include **la minaccia di fare del male ad altri in presenza del bambino e permettere intenzionalmente al bambino di vedere o essere coinvolto in un comportamento violento**.

Tali categorizzazioni trovano eco anche in diversi studi internazionali.

L'Office for the Study of the Psychological Rights of the Child dell'Indiana University ha proposto le seguenti categorie comportamentali che compongono il maltrattamento psicologico: disprezzare; terrorizzare; isolare; sfruttare e/o corrompere; mancare di responsabilità emozionale; trascurare la salute psicologica, medica, educativa. I comportamenti che rientrano in queste categorie possono essere rivolte personalmente al bambino, oppure egli può subirne le conseguenze in quanto spettatore o osservatore (Di Blasio, 2000).

Nella descrizione dei criteri diagnostici del disturbo acuto da stress (ADS) e del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), si dice che la persona che sviluppa la sintomatologia ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia dell'integrità fisica propria o di altri (DSM-IV TR).

In Italia, per la sensibilizzazione su tale fenomeno è stata importante la partecipazione di operatrici di centri antiviolenza al Congresso internazionale di Singapore sulla violenza in famiglia (1998) e nel Congresso *Stop Domestic Violence* di Ipswich del 1999, dove la violenza assistita (*witnessing violence*) è stata definita maltrattamento di tipo primario, al pari del maltrattamento fisico, psicologico, dell'abuso sessuale, della trascuratezza, e dove fu sottolineato come la protezione dei bambini non poteva essere separabile dalla protezione delle loro madri (Trout, 1999).

Inoltre è stato fondamentale arrivare a una collaborazione tra alcuni centri contro la violenza alle donne e centri per la tutela dei minori, in particolare in occasione del lavoro nella Commissione scientifica del CISMAI, che ha portato alla stesura del documento precedentemente citato.

Come fanno notare Bertotti e Bianchi (2005):

I servizi per l'infanzia sono il prodotto dell'evoluzione contemporanea dei servizi di assistenza sociale a favore della maternità e della famiglia, e hanno un'origine in alcuni casi molto antica, si pensi agli orfanotrofi creati a partire dal XV secolo. I sistemi di protezione dell'infanzia assumono come priorità la protezione e il benessere del bambino, e le situazioni che interessano altri membri della famiglia rimangono sullo sfondo: la madre di un bambino vittima di abusi è stata a lungo giudicata come una madre che aveva fallito i suoi compiti di accudimento e di cura, piuttosto che guardare alla protezione del bambino come a qualcosa dipendente da una situazione che coinvolge anche la madre, possibilmente vittima della stessa violenza esperita dal figlio (Echlin, Marshal, 1995). [...] Parimenti, i servizi di aiuto alle donne vittime di violenza domestica, nati negli anni settanta come esito del movimento per il riconoscimento alle donne di pieni diritti di cittadinanza, hanno focalizzato a lungo il loro intervento sul sostegno e la protezione della donna, e non tanto sulla necessità di assicurare un'efficace protezione a tutti i soggetti esposti alla violenza in ambiente domestico (Casa delle donne per non subire violenza di Bologna, 1992<sup>2</sup>; Gruppo di lavoro e ricerca sulla violenza alle donne, 1996). Solo dalla seconda metà degli anni Novanta si diffondono all'interno di tali servizi maggiore sensibilità e attenzione verso i figli del-

<sup>2</sup> La Casa delle donne per non subire violenza di Bologna ha da diversi anni al suo interno un settore che si occupa di maltrattamento e abuso sui bambini.

le donne accolte<sup>3</sup>, volte alla valutazione dello stato dei minori, all'osservazione della relazione madre-bambino e alla presa in carico socioeducativa e psicologica dei bambini [...].

Il Department of Health dell'Inghilterra, nell'edizione 1999 delle linee guida per la rilevazione delle situazioni di child abuse e l'adozione di misure di protezione e tutela, "Working together to Safeguard Children", redatte per orientare i servizi nell'attuazione del Children Act del 1989 del Protection of Children Act del 1999, definisce la violenza domestica come una specifica situazione di maltrattamento e di rischio evolutivo. In esso si sollecitano gli operatori a tenere conto della frequente interrelazione tra violenza domestica e altre forme di maltrattamento e abuso, e, viceversa, tra violenza ai danni di bambini e violenza su un genitore; il documento illustra anche i criteri e le procedure che i vari soggetti pubblici (polizia, servizi sociali, sanitari) e privati (centro antiviolenza, Forum contro la violenza domestica) competenti devono seguire allorché viene loro segnalata una situazione di violenza domestica. Uno degli aspetti di maggiore interesse del documento è il suo approccio integrato alla protezione dell'adulto vittima e dei minori testimoni di violenza che valorizza le risorse e il punto di vista sia di chi si occupa degli adulti vittime sia di chi si occupa di minori.

La definizione di violenza assistita elaborata dal CISMAL (2000, 2005) integra e amplia la dimensione di questa specifica forma di maltrattamento all'infanzia:

Per violenza assistita intrafamiliare si intende l'esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti. Si include l'assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici.

Nelle famiglie dove avvengono maltrattamenti sulla madre, i bambini si trovano ad assistere direttamente, indirettamente e/o percependone gli effetti a molteplici forme di violenza<sup>4</sup>:

---

<sup>3</sup> L'Associazione Artemisia di Firenze sino dalla sua costituzione (1991) si è occupata di violenza sia sui minori che sulle donne, sviluppando due settori di lavoro: un settore deputato alla presa in carico di bambini abusati e maltrattati e di adulti che hanno subito abusi e maltrattamenti nell'infanzia e un settore che si occupa di maltrattamento e violenza sessuale subito dalle donne in età adulta. Nel corso degli anni altri centri, oltre all'Associazione Artemisia e alla Casa delle donne per non subire violenza di Bologna, hanno sviluppato servizi per l'aiuto ai bambini vittime di violenza assistita da maltrattamento sulla madre, nonché ricerche sul tema.

<sup>4</sup> *Atti di violenza fisica* quali: spingere, gettare sul letto, impedire di muoversi trattenendo fisicamente, colpire o cercare di colpire con oggetti, prendere per il collo, stratonare, mordere, dare schiaffi, calci, pugni, tirare e trascinare per i capelli, bruciare con sigarette parati del corpo, chiudere in una stanza, segregare in casa, buttare fuori di casa, buttare

- violenze fisiche;
- violenze psicologiche;
- violenze verbali;
- violenze economiche;
- violenze inerenti l'area della sessualità.

Migliaia di bambini assistono in casa a scene di violenza domestica: questa è una delle esperienze più traumatiche che un bambino possa provare, in quanto esiste la possibilità di perdere uno se non entrambi i genitori e di essere a propria volta vittime di abusi (De Zulueta, 1999).

Non solo gli atti di violenza fisica e sessuale, ma anche le minacce di fare del male, abbandonare, uccidere, suicidarsi, eccetera, così frequentemente riscontrabili nelle situazioni di violenza domestica, hanno un impatto sui bambini che non va sottovalutato.

fuori di casa nelle ore notturne, impedire od obbligare a mangiare, obbligare a mangiare determinati alimenti; impedire le cure mediche; obbligare ad assumere farmaci; impedire di dormire; legare, incatenare, soffocare, minacciare con arma da fuoco o da taglio, usare armi da fuoco o da taglio, dare fuoco; uccidere.

*Violenze psicologiche* quali: rompere o danneggiare oggetti delle vittime, minacciare il suicidio; deridere, svalutare, denigrare, insultare; isolare dalle altre relazioni familiari e amicali; mettere in atto meccanismi di controllo su tutte le frequentazioni e attività; minacciare di picchiare, di torturare, di abbandonare, di uccidere; minacciare di iniziare nuove relazioni, perseguitare per gelosia, minacciare di fare del male ad altri componenti della famiglia o di fare del male e abbandonare animali domestici.

*Violenze economiche* quali: impedire alla madre l'accesso alle risorse economiche, occultare ogni informazione sulla situazione patrimoniale, vietare, ostacolare, boicottare l'accesso e il mantenimento di un lavoro, non adempiere ai doveri di mantenimento stabiliti da leggi e sentenze, sfruttare come forza lavoro nell'azienda familiare senza alcuna retribuzione né contributi stabiliti dalla legge, appropriarsi dei proventi del lavoro della donna e usarli a proprio vantaggio, indebitare per proprie inadempienze, attuare ogni forma di tutela giuridica a esclusivo proprio vantaggio e a danno della vittima (regime patrimoniale dei beni, questioni ereditarie, intestazioni immobiliari, attività produttive).

La violenza economica è associata nella maggioranza dei casi alla violenza fisica e psicologica, e costituisce una strategia di isolamento, controllo, impedimento all'autonomizzazione o il totale annullamento di questa. Molto sottovalutata, è in realtà un aspetto grave della violenza domestica, che vede coinvolti anche i bambini (es. rifiuto da parte del padre di dare i soldi direttamente alla loro mamma, dandoli regolarmente e soltanto in mano ai bambini; la madre utilizza i figli per chiedere i soldi per la spesa al partner, che si rifiuta di darli a lei; la mamma ruba i soldi dal salvadanaio dei piccoli, perché non ha soldi per le necessità quotidiane, ecc.).

*Violenze inerenti l'area della sessualità*, quali: deridere, svalutare, insultare su aspetti sessuali; ricattare e minacciare per ottenere prestazioni sessuali; costringere a prostituirsi; minacciare di violentare e abusare; stuprare; far stuprare da terzi.

Riguardo alle violenze inerenti la sessualità, ricordiamo che fino a qualche decennio fa vigeva in alcune parti d'Italia il matrimonio "d'onore", a seguito della "fuitina", che in realtà nella maggioranza dei casi nascondeva veri e propri sequestri di persona con stupro. Tale tradizione fu fortemente messa in discussione negli anni Sessanta da un caso che ebbe un'eccezionale rilevanza socioculturale e che divise l'opinione pubblica italiana: una ragazza ancora minorenni, Franca Viola, sostenuta dalla famiglia (fattore di protezione!) rifiutò di sposare il suo stupratore e lo denunciò.

Bowlby è colpito dalla comunicazione simbolica dell'abbandono, quali minacce di suicidio, di partire o di scacciare il bambino. Anche se queste esperienze non sono considerate “fattuali”, in questo ambito la realtà di una minaccia e la realtà psichica del bambino chiaramente si sovrappongono [...]. La violenza domestica costituisce una fonte particolarmente potente di problemi evolutivi proprio perché la paura del danno in cui può incorrere il genitore porta a un'anticipazione dell'indisponibilità, confermata dall'inaccessibilità della madre durante i momenti di acuto conflitto coniugale (Fonagy, Target, 2003).

In una ricerca condotta dall'Associazione Artemisia di Firenze (2003) e coordinata da Teresa Bruno, effettuata presso 28 centri anti-violenza italiani, risultano essersi rivolte a tali centri, nel periodo 1999-2001, 15.120 donne, con una durata media del maltrattamento di sette anni e mezzo. Nell'80% dei casi il maltrattante era il partner. Tenuto conto del numero medio di figli per donna, in questo periodo di tempo (e soltanto in riferimento ai casi pervenuti ai centri anti-violenza), ben 22.226 bambini sarebbero stati vittime di violenza assistita.

In un'altra ricerca, condotta attraverso la somministrazione di un questionario anonimo e autosomministrato a un campione di 502 studenti e studentesse di diverse facoltà dell'Università di Trieste (36% maschi e 64% femmine), si è rilevato che il 10% dei soggetti aveva assistito a violenza tra i genitori (Calabrese, 2001).

### 1. L'emergere del fenomeno e il suo significato sociale

Nel documento *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri* si sottolinea che è indispensabile distinguere le situazioni conflittuali (senza negare i danni che da queste possono derivare a bambine e bambini) dalle situazioni di maltrattamento di un coniuge sull'altro ed evitare di identificare come “conflitto” o “litigio” tra coniugi situazioni dove avvengono atti e/o comportamenti di maltrattamento sulla madre, anche gravi e reiterati.

Il fatto di non nominare e descrivere il maltrattamento collude con la minimizzazione sociale del fenomeno e con la sottovalutazione dell'impatto che atti e comportamenti violenti hanno non solo su chi ne subisce direttamente le conseguenze, ma anche su coloro che ne sono testimoni, e ha effetti negativi ai fini della protezione fisica e mentale e del trattamento (CISMAI, 2000, 2005; Luberti, 2002, 2005; Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, 2002).

Le situazioni di violenza si concretizzano in atti che rivelano e mantengono una cronica disparità di potere tra le parti.

La letteratura americana definisce la differenza tra conflitto e maltrattamento: nelle situazioni conflittuali esiste la possibilità di “vincere”

per entrambi i soggetti e/o di arrivare a una negoziazione; c'è un confronto sul motivo del contendere e sulle diverse posizioni; inoltre non esiste la paura di umiliazioni, denigrazioni, aggressioni e/o di grave minaccia alla propria incolumità. Nelle situazioni di maltrattamento una persona, sempre la stessa, controlla la situazione, stabilisce le regole, minaccia, punisce, attribuisce colpe, impone il suo punto di vista e il suo volere come unico e assoluto (Associazione Artemisia, 2003).

Allorché il termine conflitto è utilizzato, in particolare nelle relazioni dei servizi, per connotare situazioni di violenza, il livello descrittivo della relazione maltrattante viene perso, contaminato e confuso con aspetti intrapsichici; ciò ostacola non solo la comprensione del fenomeno, ma anche l'attivazione di un intervento appropriato alle situazioni (Bessi, 2001).

Nonostante la consapevolezza che l'intervento sul piano dell'interruzione della violenza e della protezione dei minori non può confondere i livelli esterni e interni al soggetto, persiste ancora confusione sul piano terminologico, la quale concorre ad alimentare la distorsione della lettura dei fatti attraverso continue psicologizzazioni; tale confusione segnala una difficoltà rispetto al mantenimento del livello descrittivo del maltrattamento, determinata probabilmente anche dal bisogno degli operatori di contenere i pesanti vissuti che vengono sollecitati dal contatto con i casi di violenza. La mancata descrizione dei fatti ha effetti negativi, a volte anche fatali, sulle vittime (Bessi, 2001; Luberti, 2001; Luberti, 2005; Black, 2005; Diano, 2005; Humphreys, 2005; CISMAI, 2000, 2005).

Le situazioni di violenza domestica sono caratterizzate da incapacità di gestione dei conflitti e di negoziazione negli stessi.

La negoziazione come capacità specifica per mediare e affrontare i conflitti consiste essenzialmente nel saper ammorbidire la propria posizione, nel saper coinvolgere l'altro nel processo cooperativo che mira a risolvere il problema e nel focalizzarsi sul problema oggettivo e non sulla persona che l'esprime. Utilizza non solo abilità verbali, che pure rappresentano lo strumento elettivo, ma anche gesti simbolici e la ricerca di strategie che mettano l'altro nella condizione di "salvare la faccia" e di mantenere una buona immagine di sé (Di Blasio, Camisasca, 2005).

Come fa notare inoltre Fruggeri (1997), il mito dell'armonia e dell'unità si configurano come rielaborazioni idiosincrasiche che alcune famiglie compiono, attraverso i loro processi interattivi e relazionali, della rappresentazione sociale di famiglia, che è appunto nucleare, racchiusa dentro precisi confini e fondata sugli affetti. Il corollario di questa immagine è l'idea che il conflitto sia negativo e non integrabile nell'idea di buon funzionamento familiare, da cui deriva la tendenza a negare i conflitti o a viverli come eventi disgreganti.

Nelle situazioni più gravi di violenza domestica, sia i bambini che le loro madri possono venire uccisi<sup>5</sup>. Ricerche sulla mortalità infantile hanno dimostrato che, in una significativa proporzione di casi di bambini uccisi, anche le madri erano vittime di violenza domestica. L'omicidio dei figli può avvenire non solo prima della separazione dei genitori, ma anche dopo la separazione e durante le visite al padre programmate dal tribunale (Humphreys, 2005)

Nonostante i progressi degli ultimi anni e l'interesse presente anche a livello istituzionale per i temi della violenza intrafamiliare<sup>6</sup>, la sopravvivenza fisica e mentale di ancora troppe bambine e bambini continua a dipendere quasi del tutto dall'impegno dei familiari protettivi – quando ci sono – che si attivano in percorsi di protezione e cura, ancora troppo scarsamente supportati dalle istituzioni e penalizzati da differenze, sospetti, disprezzo sociale, dagli attacchi di avvocati e periti di parte, dalla scarsa conoscenza della materia e delle metodiche diagnostiche e valutative da parte di consulenti. Per gli operatori coinvolti in questi casi, spesso il lavoro con le vittime si deve primariamente, se non completamente, concentrare sullo sviluppo delle capacità autoprotettive, come strumento sostitutivo di azioni legalmente obbligatorie, ma omesse da istituzioni e organi competenti, e come unica via di protezione e riparazione a fronte di percorsi giudiziari superficialmente condotti.

Benché anche le vessazioni psicologiche rientrino tra i maltrattamenti in famiglia, tuttavia perché si possa sperare che tale reato venga imputato agli autori e che si attui una qualche forma di protezione delle vittime, che frequentemente risulta comunque insufficiente e a breve termine, per la maggior parte dei casi sono necessari molti referti medici comprovanti gravi percosse.

---

<sup>5</sup> «Benché il 70 % degli omicidi di mogli ed ex mogli sia preceduto da violenze “domestiche” compiute dal partner (Campbell *et al.*, 2003), questi omicidi sono presentati come separati, altra cosa rispetto ai maltrattamenti: i primi imputabili al “troppo amore”, alla “passione”, a un “raptus” dell'uomo, i secondi a “conflitti” tra coniugi. Non vedere la continuità tra i due fenomeni risulta mortalmente pericoloso per le donne coinvolte» (Romito, 2005). Sempre Romito (2005) segnala che l'esercizio della violenza richiede l'attivazione di una rete di complicità che coinvolge attori e istituzioni sociali anche nei casi in cui vengono uccisi i bambini come ritorsione alla separazione voluta dalle mogli. L'autrice afferma che la violenza, anche quando è associata a gravi disturbi psicologici dell'aggressore, necessita per compiersi della legittimazione o della tolleranza sociale, nonché della scarsa attenzione per il destino delle potenziali vittime.

<sup>6</sup> Nel documento dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza (2002) realizzato dal Gruppo di studio attinente all'area “La tutela e la cura del soggetto in età evolutiva”, coordinato dall'esperta Cismai Marinella Malacrea e da Franco Occhiogrosso, presidente del Tribunale per i minorenni di Bari, si sottolinea la sottovalutazione dell'estensione e della gravità del fenomeno e la necessità di attivare tempestivamente forme di raccolta dati. Questo ultimo punto è stato assunto nel Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2002-2004.

Questo si accompagna spesso a pregiudizi sociali pesanti, a stereotipi sulla pretesa e diffusa “provocatorietà” delle vittime e all’appiattimento delle responsabilità a una suddivisione “egualitaria” tra chi picchia, perseguita, violenta, abusa e chi è picchiato, perseguitato, violentato, abusato, senza alcuna comprensione delle problematiche psicologiche e sociali che situazioni di persecuzione determinano in chi, secondo giudizi superficiali, dovrebbe essere in grado (“genericamente”) di uscire dalla violenza, possibilmente “senza disturbare”.

È doveroso interrogarci sul perché, di fronte a ematomi, fratture ossee e dentali, lacerazioni, rottura d’organi interni, dove le difficoltà di rilevazione sono palesemente e clamorosamente minori, ancora c’è titubanza od omissione nell’attivazione di percorsi protettivi, a partire dalla nominazione dei fatti accaduti.

Se le vittime possono tacere a lungo sulle cause delle lesioni, adducendo incidenti domestici e improbabili cadute, frequenti sono tuttavia i referti medici rilasciati dal Pronto soccorso, dove non è riportato il nome dell’aggressore, neppure nei casi in cui la vittima espressamente lo dice. Spesso ciò che viene rilasciato è un referto, ove è scritto che la vittima dichiara di essere stata percossa da persona conosciuta.

Che le situazioni di violenza intrafamiliare presentino complessità non riconducibili a standard rigidi e precostituiti è cosa che chiunque lavori in questo campo impara, e che non ci siano formule facili di risoluzione lo si apprende presto. Ma la complessità di cui si deve tener conto, che può richiedere interventi di lunga durata, non deve costituire alibi per mancate diagnosi di fronte alle evidenze cliniche, per non attivare la protezione, e per chiudersi in posizioni di presunta *super partes*, che si traducono nei fatti nel proseguimento e nell’escalation delle violenze, con ulteriori danni fisici e psicologici alle vittime.

L’attenzione alla complessità va differenziata da incapacità, connivenze, pregiudizi, stereotipi che portano a non rilevare i casi, a sottovalutare gli indicatori di pericolosità/letalità e di rischio di recidiva (CISMAI, 2005; Luberti, 2005), a cui è necessario prestare estrema attenzione sin dalle prime fasi di valutazione, a soprassedere sulla valutazione dei danni sulle vittime dirette e su coloro che assistono alla violenza – in primo luogo i bambini e le bambine – e a non attuare quindi interventi adeguati di tutela e cura.

La violenza domestica è stata paragonata alla tortura. Le tecniche di coercizione usate sono simili a quelle descritte dai prigionieri politici, dagli ostaggi e dai sopravvissuti ai campi di concentramento.

Herman (1992) afferma che tali tecniche coercitive sono utilizzate per soggiogare le donne nel campo della prostituzione, della pornografia e tra le mura domestiche.

I metodi per stabilire un controllo su un'altra persona si fondano sull'inflizione sistematica e ripetitiva di un trauma psichico attraverso un sistema di tecniche di privazione del potere e isolamento. I metodi di controllo psicologico sono volti a instillare terrore e impotenza e a distruggere la coscienza di sé della vittima nel rapporto con gli altri. [...] Sebbene la violenza sia un metodo universale per incutere il terrore, l'oppressore potrà usarla in modo saltuario, come ultima risorsa. Non è necessario usare costantemente la violenza per mantenere una persona in uno stato di paura continua. La minaccia, inclusa quella di morte, è infatti molto più frequente del vero e proprio ricorso alla violenza così come lo sono le minacce fatte ad altri, che spesso risultano efficaci tanto quanto quelle rivolte alla vittima. Le donne maltrattate, ad esempio, frequentemente riferiscono che il loro persecutore ha minacciato di uccidere i loro bambini, i loro genitori o chiunque fosse disposto a dare loro asilo nel caso tentassero di scappare. La paura aumenta anche a causa delle esplosioni incoerenti e imprevedibili di violenza e dal rafforzamento aleatorio di regole insignificanti. L'effetto ultimo di queste tecniche è quello di convincere la vittima che l'oppressore è onnipotente, che ogni resistenza è inutile e che la sua vita dipende dall'ottenimento della sua indulgenza attraverso una assoluta compiacenza. L'obiettivo del persecutore è quello di instillare in lei non solo la paura della morte ma anche un sentimento di gratitudine perché le si permette di continuare a vivere. Sopravvissuti alla prigionia domestica o politica spesso descrivono situazioni in cui erano convinti che sarebbero stati uccisi e nelle quali furono risparmiati all'ultimo momento. Dopo ripetute sospensioni della pena di morte, la vittima può giungere a considerare il persecutore, paradossalmente, come il suo salvatore (Herman, 1992).

Autori di grande capacità e sensibilità, presumibilmente anche a causa della contrapposizione che ha caratterizzato negli anni i servizi di tutela per i minori e i centri per l'aiuto alle donne maltrattate e della scarsa inclinazione a livello sociale e istituzionale a prestare “attenzione” a tutte le vittime di violenza intrafamiliare, sono stati poco favorevoli o del tutto contrari all'interpretazione della differenza di genere come fattore di rischio per il maltrattamento domestico – e quindi per la violenza assistita – e a considerare la violenza sulle donne per ciò che è, cioè fenomeno sociale diffusissimo e allarmante, su cui peraltro si è espressa molto chiaramente anche l'Organizzazione mondiale della sanità<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Nel rapporto OMS del 1996 si richiama l'importanza di guardare alla violenza domestica contro i soggetti di sesso femminile come a uno specifico fenomeno di tipo ciclico, che assume forme diverse a seconda dell'età del soggetto (Bianchi, 2004). Riportiamo i tipi di violenza nel ciclo di vita: maggiore frequenza di aborto selettivo e infanticidio di bambine; conseguenze sul feto delle percosse subite dalla madre, vessazioni fisiche, sessuali e psicologiche nella prima infanzia; trascuratezza selettiva delle cure; prostituzione e pornografia infantile; matrimoni in età infantile, mutilazioni genitali; nell'adolescenza

Seppure i maltrattamenti – in particolare psicologici – vengano attuati anche dalle donne sugli uomini, per quanto riguarda la violenza sulle donne (che è la più frequente e pericolosa, insieme alla violenza sui bambini) è importante non sottovalutare i diversi fattori che ne determinano l'insorgenza e la durata nel tempo, tra cui elementi socio-culturali, che influiscono a tutt'oggi negativamente anche sulla possibilità di richiesta di aiuto, sulla rilevazione dei casi, sull'attivazione di interventi protettivi e di cura efficaci (Romito, 2000, 2005).

Fruggeri (1997) annota che è alla critica femminista che si deve il merito di aver messo in evidenza fin dagli anni Settanta quanta parte della letteratura sulla famiglia fosse ideologicamente connotata, nel senso che i rapporti all'interno di essa venivano analizzati partendo dal presupposto che il ruolo della donna si esaurisse nella dedizione al marito e ai figli, che fosse cioè limitata alla sfera del privato.

I ricercatori non sono stati in grado di descrivere la posizione di ineguaglianza della donna dentro la famiglia a causa di indagini viziate da un punto di vista pregiudizialmente e inconsapevolmente a favore del maschio. [...] L'altra faccia della medaglia è che l'uomo è stato rigidamente collocato nell'arida posizione di rappresentante dell'autorità ed escluso dal gioco delle dinamiche affettive. [...] Il "pregiudizio maschilista" non è l'unico ad aver condizionato la direzione assunta dalla ricerca sulle dinamiche familiari. Fino agli anni Ottanta, l'indagine sulle famiglie è stata prevalentemente informata dal "pregiudizio" della famiglia nucleare, al punto che ogni differenza è stata considerata una deviazione dalla norma anziché una variazione. [...] La prospettiva della devianza è quella che ha guidato anche l'indagine sulle famiglie monoparentali. [...] La parità dei rapporti intrafamiliari è un valore oggi ampiamente condiviso, un obiettivo la cui realizzazione implica però una radicale trasformazione delle credenze legate al genere. A sua volta tale trasformazione non può che passare attraverso la presa d'atto dell'asimmetria, la quale comporta una gestione del conflitto resa difficile da una rappresentazione sociale di famiglia fondata sull'assenza di conflitti (Fruggeri, 1997).

Sulla minimizzazione sociale del fenomeno della violenza domestica e sulla scarsità di aiuti per le donne vittime e per i loro figli, quanto sinteticamente descritto ha pesantemente influito ed è ancora tra le cause del fallimento degli interventi.

---

e nell'età adulta: violenza nel corteggiamento, vessazioni sessuali sul lavoro, prostituzione e tratta, violenza da parte del partner, gravidanze forzate, "morte da dote", stupro e gravidanze forzate in guerra; omicidio o suicidio forzato delle vedove. Inoltre, nel rapporto OMS del 2005 si legge: «La violenza alle donne è un problema globale di sanità pubblica e una violazione dei diritti umani. Spesso tale violenza è persistente e a volte può iniziare nel corso di una gravidanza, con gravi implicazioni per la salute della madre e del bambino».

## 2. Violenza assistita: comorbidità con altre forme di abuso all'infanzia

La violenza assistita risulta essere fattore di rischio per abuso sessuale, trascuratezza, maltrattamento fisico sui figli (Jaffe, Wilson, Wolfe, 1990; Mullender e Marley, 1994; Kelly, 1994; McGuigan, Pratt, 2001; Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005; Di Blasio, 2005).

In una ricerca condotta su un campione di 1000 donne che subivano violenza, 775 delle quali con figli, è stato rilevato che nel 90% dei casi durante gli episodi di maltrattamento i bambini erano presenti oppure si trovavano nella stanza accanto e che nel 70% dei casi la violenza contro la madre si accompagnava a violenze dirette sui bambini (Bowker, 1988, in Creazzo, 2003).

La violenza assistita da maltrattamento sulla madre aumenta le probabilità che un abuso sessuale, sia intra che extrafamiliare, non venga rivelato, mentre gli interventi di protezione nei casi di violenza domestica sulle donne facilitano la rivelazione da parte dei bambini degli atti abusivi perpetrati su di loro (Luberti, 2005).

Le minori capacità di sintonizzazione emotiva e di ascolto fanno sì che i genitori, anche qualora l'abuso non avvenga all'interno della famiglia, non si accorgano del disagio dei figli, e che questi abbiano maggiori difficoltà a rivelare l'abuso.

Antonella e Pietro, di otto e cinque anni, con la loro mamma vengono inseriti in una casa rifugio a indirizzo segreto per i gravissimi maltrattamenti fisici, psicologici ed economici subiti dalla donna.

Appena entrati nella casa rifugio, Antonella inizia immediatamente e spontaneamente a rivelare alle educatrici gli abusi sessuali perpetrati su di lei dal padre, seguita subito da Pietro, anche lui vittima di abusi. Questo caso è rappresentativo delle situazioni in cui i figli “accettano” l'abuso diventando le “vittime sacrificali” al fine di “calmare” il genitore che maltratta la mamma, nel tentativo di proteggere quest'ultima. Antonella, infatti, dice chiaramente che lei riusciva a fare star “buono” il babbo.

Eleonora a 17 anni chiede aiuto ai servizi per un abuso sessuale subito dagli 8 ai 15 anni a opera di un parente quarantenne. A seguito della denuncia l'abusante viene condannato.

Passati alcuni anni Eleonora si rivolge a un centro antiviolenza, accusando il disagio che le è derivato dall'abuso, e inizia un percorso psicoterapeutico. Dopo diversi mesi, con molta fatica, rivela la violenza assistita da maltrattamento sulla madre, che ha reso la ragazza più vulnerabile all'abuso e le ha impedito di chiedere aiuto. Eleonora infatti racconta i suoi sforzi per non dispiacere ai genitori e fare il possibile per “mantenere calme le acque”, nonché quelli volti a proteggere la madre e i fratellini durante gli scoppi di violenza. Rivela inoltre che lei, la madre e i fratelli all'oggi non hanno mai parlato tra loro della violenza perpetrata dal padre.

### 3. Effetti a breve, medio e lungo termine

Il danno prodotto sui bambini dalla violenza domestica può essere grave e strutturato, e spesso le modalità relazionali disfunzionali sono già attive prima della nascita, configurandosi poi nel tempo come esperienze ripetute e devastanti (Moscato, 2005).

La violenza sulla madre infatti può precedere la gravidanza, ma anche iniziare o aggravarsi quando la donna aspetta un figlio. Attraverso una ricerca canadese è stato rilevato che il 21% delle donne maltrattate dai partner aveva subito aggressioni durante la gravidanza, e che nel 41% dei casi il maltrattamento era iniziato durante la gravidanza stessa. Le donne maltrattate in gravidanza correrebbero un rischio quattro volte maggiore di subire percosse, tentativi di strangolamento, attacchi con armi, violenza sessuale (Jameison, Hart, 1999, in Humphreys, 2005). Da altre ricerche è risultato che un significativo numero di donne gravide, durante le visite di routine, ha rivelato il maltrattamento quando sono state loro rivolte specifiche domande di screening (McFarlane, Parker, Soeken e Bullovk, 1992).

Di frequente le percosse sono rivolte volontariamente sull'addome, con l'intento di colpire sia la donna che il figlio. Nel maltrattamento durante la gravidanza vi sarebbe infatti la doppia intenzione di fare del male sia alla donna che al nascituro (Kelly, 1994; Humphreys, 2005).

Tra gli esiti si possono avere: rottura di utero, fegato, milza, sanguinamenti vaginali, distacchi placentari, fino a lesioni che portano a morte la donna; tra i danni al feto: parto prematuro, basso peso alla nascita, aborto, mortalità perinatale (Webster, Chandler, Battisutta, 1996).

Le donne gravide subiscono da parte dei partner anche aggressioni sessuali, tra cui stupri, pugni e calci sulle mammelle e sui genitali (Bowker, 1983; Hunt e Martin, 2001). Satin, Ramin e Paicurich (1992), in uno studio su 2.404 puerpere, hanno rilevato che in quelle sessualmente aggredite vi era una più alta incidenza di malattie a trasmissione sessuale e di infezioni all'apparato urinario e genitale. È risultato inoltre che vi erano state ospedalizzazioni multiple durante il periodo di attesa del bambino.

Durante la gravidanza il clima emotivo e gli eventi stressanti possono incidere sullo sviluppo e sul benessere del nascituro. Nelle situazioni di violenza domestica, la situazione di elevato stress determina un'alterazione della perfusione ematica placentare, a causa dell'aumento dei livelli di mediatori chimici, quali l'adrenalina.

In queste situazioni è evidente il rovesciamento della funzione rassicurante e protettiva da parte del partner durante la gravidanza e il puerperio, periodi così importanti perché la madre possa concentrare le proprie energie nella costituzione del rapporto con il figlio.

Nel rapporto OMS del 2005 si segnala anche che la violenza in gravidanza può determinare abuso di sostanze, depressione e altri problemi di salute mentale. Gli esiti del maltrattamento comprendono inol-

tre tentativi di suicidio, disturbi alimentari, sintomi somatici, pratiche abortive, spesso dietro costrizione del partner (Humphreys, Campbell, 2004). Alcune ricerche hanno riportato maggiore incidenza di ipertensione e diabete gestazionale. Bisogna ricordare che le aggressioni durante la gravidanza sono indicatori di maltrattamenti particolarmente pericolosi (Humphreys, 2005). «L'assistenza prenatale fornisce l'opportunità di identificare i casi di violenza in corso di gravidanza – un primo passo verso il sostegno alla madre in attesa e un aiuto per trovare le soluzioni. Gli operatori sanitari non solo devono essere sensibili a tale problema, ma devono anche sapere come affrontarlo».

Si è visto che i danni derivanti alla donna dalla situazione di maltrattamento potranno investire negativamente il rapporto di questa con il suo bambino, ma anche che il genitore che mette in atto comportamenti violenti nei confronti della partner nel corso dei primi mesi di vita del bambino avrà probabilità maggiori di diventare maltrattante verso il figlio negli anni successivi.

McGuigan e Pratt (2001) hanno dimostrato che la presenza di violenza sulla madre nei primi sei mesi di vita del bambino è un predittore che arriva a triplicare il rischio di maltrattamento fisico e a raddoppiare quello di maltrattamento psicologico e di trascuratezza nei successivi cinque anni di vita del figlio (Di Blasio *et al.*, 2003; Di Blasio, Camisasca, 2005). Secondo la ricerca di Cox, Kotch ed Everson (2003), la violenza domestica è il fattore più significativo in termini predittivi di maltrattamento sui bambini. La violenza sulla madre è risultata precedere nel 78% dei casi la violenza sui figli (Milani, Gatti, 2005).

Attraverso una meta-analisi di studi statunitensi (Appel, Golden, 1998; Hazen *et al.* 2004) sulla co-presenza di violenza domestica e *child abuse* all'interno dello stesso nucleo familiare, è emerso che tra l'11 e il 45% dei bambini vittime di maltrattamento o trascuratezza aveva una madre vittima essa stessa di abusi, e che tra il 37 e il 63% delle donne vittime di violenza aveva figli anch'essi vittime di varie forme di maltrattamento (Bertotti, Bianchi, 2005). Nella violenza domestica, i figli inoltre possono riportare danni fisici diretti perché colpiti accidentalmente da lancio di oggetti, da pugni, calci, o perché spinti o picchiati quando cercano di difendere la madre e/o i fratelli.

Di Blasio ha inserito in un suo libro (2000) l'assistere alla violenza domestica e ai conflitti tra i genitori nella categoria del maltrattamento psicologico, e ha sottolineato che alcune aree di sviluppo appaiono più compromesse di altre, «tanto che sono state individuate connessioni più consistenti tra maltrattamento psicologico e a) legame di attaccamento, b) adattamento e competenze sociali, c) problemi comportamentali, d) abilità cognitive e problem solving, e) apprendimento scolastico».

I problemi riscontrati nei bambini vittime di violenza assistita includono: depressione, ansia, inquietudine, aggressività, crudeltà verso

gli animali, tendenza all'atto, immaturità, ipermaturità, minori competenze sociali e prosociali, difficoltà nel comportamento alimentare, alterazioni del ritmo sonno/veglia, incubi ed enuresi notturna, comportamenti regressivi, scarse abilità motorie, comportamenti autolesivi, uso di alcol (Jaffe, Wilson, Wolfe, 1990), livelli più bassi di interazioni affettive con altri bambini, scarse abilità verbali e visivo-spaziali dovute alla depressione materna e alla qualità scadente dell'ambiente familiare (Moore, Pepler, 1998). Si rilevano inoltre impotenza, colpa, bassa autostima, rabbia. Le piccole vittime possono presentare deficit dell'attenzione, spesso associato a scarso rendimento scolastico.

Humphreys e Campbell (2004) osservano che i bambini costretti a vivere in situazioni di violenza domestica presentano una più alta incidenza di allergie, infezioni del tratto respiratorio, cefalea, disturbi gastrointestinali, disturbi del sonno con incubi ed enuresi notturna.

Tortolani (1998) riporta che, da una revisione della casistica del servizio di psichiatria dell'Unità operativa di neuropsichiatria infantile dell'Ospedale pediatrico del Bambino Gesù di Roma, è emerso che molti bambini psicotici, fin dalla prima infanzia, hanno realmente *subito* o *assistito* reiteratamente a violenze fisiche, incurie, discurie, incesti. Scrive l'autrice che «ciò ha fatto riflettere sull'ipotesi iniziale che differenziava la "famiglia psicotica" (Selvini Palazzoli *et al.*, 1988), in cui la violenza prevista era psichica senza passaggio all'atto, dalla famiglia maltrattante».

Alcuni studi risultano essere particolarmente interessanti in relazione all'individuazione dei fattori che possono predire in modo significativo percorsi di sviluppo maladattivi, confermando l'ipotesi che l'assistere a violenza costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di aggressività, depressione e ansietà nei bambini (Litrownik *et al.*, 2003; Johnson *et al.*, 2002, in Milani, Gatti, 2005).

I bambini esposti a violenza domestica provano paura, terrore, confusione, vedendo le figure di attaccamento da un lato terrorizzate, impotenti e disperate, e dall'altro pericolose e minacciose.

I piccoli apprendono che l'uso della violenza è normale nelle relazioni affettive e che l'espressione di pensieri, sentimenti, emozioni, opinioni è pericolosa in quanto può scatenare la violenza.

Talvolta i bambini che hanno assistito a violenza possono essere aggressivi e irruenti, spesso convinti di essere i responsabili dei comportamenti violenti del genitore, agitati da pesanti e indicibili sensi di colpa per non essere riusciti a fermare le violenze o per aver segretamente creduto che il genitore fosse in grado di fermarsi. Questi bambini possono mettere in atto comportamenti violenti salvando, in questo modo, il legame con il genitore aggressore e raggiungendo una sensazione, seppur fittizia, di controllo e di potere.

Così è accaduto a Mirko, che ha assistito alle violenze del padre sulla madre. All'interno della famiglia che si è ricostituita con un secondo matrimonio, Mirko assiste nuovamente ai maltrattamenti del nuovo marito

sulla mamma. Iniziata la terapia a causa dei suoi comportamenti aggressivi a scuola, il bambino esprime il suo accordo rispetto ai comportamenti violenti del suo nuovo papà, dal momento che “la mamma si lamenta sempre, perché è una femmina!”. In un’altra occasione, Mirko cercherà conferma al modello relazionale appreso in famiglia chiedendo candidamente alla terapeuta se anche lei viene picchiata da suo marito (Moscati, 2005).

Essi provano inoltre la pena di esistere poco, perché non visti, nella propria sofferenza e nei propri bisogni, dai genitori.

L’esposizione alla violenza può inibire nei bambini le normali valenze aggressive, per la paura e il senso di colpa associati a rabbia, odio e risentimento, ai quali essi non possono permettersi di accedere, oppure può determinare la normalizzazione dei comportamenti a cui hanno assistito (Montecchi, Bufacchi, Viola, 2002). Le piccole vittime di violenza assistita possono essere incoraggiati o costretti a insultare, denigrare, controllare e spiare, picchiare la madre e i fratelli. Ma anche quando non c’è incoraggiamento o costrizione a mettere in atto tali comportamenti, nella violenza assistita è insita la corruzione del minore (Monteleone, 1999), derivante dal vivere in un ambiente dove comportamenti criminosi sono minimizzati, negati, presentati come leciti.

Lavorando sui casi, si rileva con frequenza che, dopo la separazione dei genitori, nei figli, specie adolescenti, aumentano i comportamenti violenti verso madre e fratelli, mettendosi in atto una sorta di sostituzione del padre nel controllo e nei tentativi di coercizione, a causa dell’apprendimento di modelli relazionali distorti e dello sviluppo di disturbi a livello emotivo e comportamentale.

Per quello che riguarda i bambini in età prescolare e scolare, Van IJzendoorn *et al.* (1999) riportano che i comportamenti controllanti sono stati classificati come espressione d’attaccamento disorganizzato (Main e Cassidy, 1998). La disorganizzazione avrebbe anche una connessione con la tendenza alla rivittimizzazione in età adulta.

Nei bambini testimoni di violenza può essere presente il senso di colpa per il fatto di sentirsi *privilegiati*, quando non vittimizzati direttamente, rispetto ai familiari che sono bersaglio di percosse, stupri, minacce; nello stesso tempo i piccoli possono percepirsi come responsabili della violenza perché “cattivi”, e sentirsi impotenti e incapaci perché non riescono a modificare la situazione familiare, con conseguenti problemi di depressione, ansia, vergogna, disperazione (Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005).

Di Blasio (2000), riferendosi alla violenza domestica e ai conflitti coniugali, sottolinea il fatto che l’attribuzione della causa degli eventi a fattori interni a sé, stabili e duraturi, da parte del bambino, costituisce l’insieme di condizioni più negative, e che l’esperienza ripetuta di impotenza riduce, fino ad annullare, le risorse e le capacità di coping, inducendo forti sentimenti di fallimento.

I bambini possono sviluppare comportamenti adultizzati d'accudimento verso uno o entrambi i genitori e i fratelli, e diventare i protettori della vittima mettendo in atto a tal fine numerose strategie, come andare a controllare chi suona alla porta e rispondere al telefono per filtrare le telefonate del padre, prendersi cura del genitore aggredito rifiutando di separarsi da esso e/o controllando le sue attività. Come il loro genitore maltrattato, i figli possono produrre pensieri ricorrenti su come impedire le violenze e su come riuscire a calmare il maltrattante.

Emerge dal lavoro con i bambini e le loro madri il rischio dello strutturarsi di un rapporto in cui la donna tende a utilizzare il figlio a scopo riparativo e consolatorio rispetto a parti non funzionali di sé, quali la scarsa fiducia in se stessa e la dipendenza. I ruoli risultano quindi invertiti, ed è il figlio che "coccola" la madre, che la "consola" e "la fa star bene" (Braccini, Bruno, 2005).

I bambini possono assumere comportamenti compiacenti e dire bugie, ma anche imparare a dare ragione all'uno o all'altro genitore a seconda delle circostanze, o in base al fatto di stare in quel momento con l'uno piuttosto che con l'altro, in un continuo gioco di alleanze, ridotti a soggetti da triangolare all'interno delle dinamiche della coppia genitoriale (Luberti, 2005; Moscati, 2005).

Tra i fattori di protezione è di fondamentale importanza la presenza di una figura responsiva nella vita precoce del bambino che favorisca lo sviluppo di un modello operativo interno sicuro delle relazioni e della capacità di recupero rispetto alle avversità (Fonagy, 2002). Ma, come si è visto, nella violenza domestica la madre viene danneggiata e difficilmente riesce a conservare buoni livelli di responsività emozionale e di attenzione ai bisogni del figlio, per lo meno finché perdura la situazione di maltrattamento.

Negli USA le donne maltrattate ricorrono a trattamenti psichiatrici con una frequenza di quattro o cinque volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate (Stark, Filcraft, 1991). Studi condotti nelle case di accoglienza per donne vittime di violenza domestica rilevano che una percentuale variabile fra il 33 e il 44% soffre di PTSD (Gleason, 1993). Per le donne vittime di violenza domestica i tentativi di suicidio sono cinque volte più frequenti rispetto alle donne non maltrattate (Stark, Filcraft, 1995). [...] Alcune donne maltrattate sviluppano danni cerebrali a causa dei frequenti colpi ricevuti alla testa. Alcune di loro vengono ripetutamente scollate e sbattute contro il muro. Spesso le donne soffrono degli stessi disturbi manifestati dai pugili (Walker, 2000). La violenza sessuale, presente ad altre forme di maltrattamento, aggrava la formazione di sintomi o reazioni da stress post-traumatico. Aumenta inoltre la prevalenza di stati depressivi e/o pensieri suicidari e d'impotenza insieme a sintomi di evitamento e disordini cognitivi. Gli effetti della violenza sessuale includono l'uso di alcol o altre sostanze, per fronteggiare i sintomi intrusivi (PTSD), e disordini del comportamento alimentare (Bruno, 2002).

L'essere vittima di violenza pone la donna in una situazione di subalternità, molto simile a quella dei figli e spesso essa si vive in una relazione orizzontale con loro, invalidando il suo ruolo genitoriale; contemporaneamente può usare modelli educativi rigidi e punitivi, ed essere eccessivamente controllante. Questo produce confusione nei bambini e rabbia verso la madre. Lo stress materno e le oscillazioni di umore legate al continuo stato di allerta possono suscitare nei figli la percezione di un'inaffidabilità materna, creando in loro uno stato di incertezza e di iper-responsabilizzazione. I bambini possono oscillare tra comportamenti protettivi verso la madre e comportamenti controllanti e ostili nei suoi confronti (Braccini, Bruno, 2005).

Si è rilevato come l'interruzione precoce della situazione di violenza intrafamiliare, il sostegno sociale, le reazioni positive al momento della rivelazione, il credito ricevuto per la sofferenza patita, la messa in atto di interventi che possano riequilibrare il senso di ingiustizia, la possibilità di rielaborazione dell'esperienza traumatica mediante percorsi psicoterapeutici, la possibilità di condividere le esperienze patite attraverso gruppi di autoaiuto e di usufruire di percorsi di sostegno alla genitorialità, possono aiutare le madri nell'acquisizione di competenze genitoriali sufficientemente buone e nello sviluppo di capacità protettive, sia nei casi di violenza diretta su di loro sia nei casi di abusi sessuali perpetrati sui loro bambini (Reder, Lucey, 1995; Luberti, Pedrocchio Biancardi, 2005; Bruno, Braccini, 2005; Moscati, 2005).

È utile aggiungere che lavorare sulla riparazione del legame con le figure genitoriali potenzialmente protettive significa ricreare in modo preventivo quelle condizioni necessarie alla salute psicofisica anche futura del bambino. Nei casi in cui le risorse familiari lo consentono, è importante, se non fondamentale, impostare l'intervento affinché possano essere facilitate nella relazione genitore maltrattato-bambino la comunicazione e la comprensione dell'esperienza traumatica, al fine di poter “ri-significare” gli eventi in modo coerente e condiviso.

I bambini che assistono e le madri che subiscono violenza spesso giungono in terapia senza aver mai parlato tra di loro, talvolta nemmeno accennato alla violenza agita in casa; sia i bambini che la madre possono anzi attivarsi per impedire all'altro il contatto con i ricordi dolorosi, rinforzandosi reciprocamente nell'utilizzo di meccanismi di negazione e minimizzazione. Il terapeuta, assumendosi il contenimento delle preoccupazioni del genitore e del figlio, può leggere e favorire l'elicitazione dei timori reciproci, contrastando da un lato le modalità disfunzionali con cui sono espressi (come, ad esempio, il bisogno di ricordare alla madre di pagare le bollette), dall'altro sottolineando come in queste stesse preoccupazioni si esprima comunque con forza il legame genitore-figlio. Contenzimento, intervento educativo e valorizzazione sono elementi che è necessario integrare nel lavoro con le madri maltrattate e i loro bambini. Spesso il terapeuta può diventare il destinatario degli interrogativi, talvolta mai esplicitati, che madre e bambino si pongono circa i vissuti e i

pensieri dell'altro rispetto all'esperienza violenta ma che non hanno il "coraggio" di chiedere direttamente. In questi momenti, il terapeuta può facilitare una comunicazione diretta avviando il bambino a un percorso di condivisione con il genitore e offrendo alla madre la possibilità di un recupero del legame con il figlio (Moscati, 2005).

I bambini possono imparare il disprezzo per le donne e per le persone viste come più deboli, e identificare le relazioni affettive con le relazioni di sopraffazione. Essi possono strutturare – sempre in modo difensivo rispetto ai vissuti di colpa e soprattutto di impotenza esperiti nelle situazioni di violenza domestica – modalità aggressive e centrate sull'esercizio del potere nella relazione.

Innanzi a vissuti traumatici oltremodo destabilizzanti, queste piccole vittime sviluppano difese centrate sull'identificazione con l'aggressore, garantendosi così il mantenimento di un legame con la figura del genitore maltrattante e ristabilendo la percezione, seppur fittizia, di controllo e potere.

I piccoli possono venire accusati di somigliare all'uno o all'altro genitore, ed essere identificati, da uno o da entrambi, come la causa del maltrattamento per il fatto stesso di essere nati, o perché la loro nascita ha disatteso le speranze in essa riposte rispetto a un miglioramento della situazione familiare, oppure perché giudicati cattivi e provocatori, potendo per questi motivi essere oggetto di rifiuto e ostilità da parte del/dei genitore/i.

Frequentemente i bambini sono minacciati di essere sottratti alla madre, o che questa sarà uccisa, e possono subire discorsi sull'inadeguatezza genitoriale materna e sull'insoddisfazione della vita sessuale coniugale; possono anche diventare confidenti del padre rispetto a relazioni extraconiugali, o coinvolti in veri e propri riti d'iniziazione a una sessualità maschile adulta e predatoria, ma presentata come unica e normale espressione di virilità. L'educazione sentimentale di questi bambini in generale è impregnata di stereotipi di genere, connotati da svalutazione della figura materna e da disprezzo verso le donne, ma anche verso gli uomini che a tali stereotipi sembrano non adeguarsi. I padri maltrattanti possono mettere in dubbio con i figli – o comunque di fronte a loro – la paternità, a causa di presunti tradimenti materni.

Il bambino che, pur non abusato direttamente, vive in una famiglia dove ci sono stupri sulla madre, maltrattamenti fisici connotati da aspetti sadici e perversi, o abusi sessuali sui fratelli, subisce danni da sessualizzazione traumatica (Luberti, 2002), che non vengono rilevati, e per i quali non viene impostato alcun tipo di trattamento, come del resto generalmente avviene per tutti gli effetti derivanti dall'assistere a violenze sui fratelli (Carini, Pedrocco Biancardi, Soavi, 2001; Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005).

I maschi possono presentare un rischio elevato di perpetrare violenza sessuale se hanno assistito a violenze tra genitori, o hanno sperimentato abuso fisico o sessuale (McMahon, 2000, in Di Blasio, 2002). Minacce, persecuzioni, aggressioni possono proseguire per anni anche dopo la separazione. Dalle ricerche risulta che la separazione fa aumentare il pericolo di vita per donne e bambini – ed è del 1983 il rapporto del Dipartimento di giustizia USA, che mette in luce questo dato.

Ma anche se non si arriva a esiti mortali, la vita dell'ex coniuge e dei figli è segnata da paura, terrore, stato di allerta, continua attenzione nel perseguire strategie difensive, isolamento sociale e relazionale, a cui le vittime vanno incontro sia per i loro stessi sforzi di non *provocare* il persecutore, sia come esito della vergogna, di cui purtroppo si fanno carico le vittime, sia a seguito del danno sociale che subiscono. Infatti, parenti, amici, genitori di altri bambini possono evitare sempre più il contatto con le vittime, timorosi di venire coinvolti nella violenza e di subire le ritorsioni del maltrattante.

Il persistere delle persecuzioni, anche dopo la separazione, continua a danneggiare le vittime ostacolando movimenti riparativi e mantenendo il nucleo in una condizione di sottomissione e di perdita di speranza rispetto alla possibilità di uscire dalla situazione di violenza e di tortura psicologica.

In ricerche svolte presso i tribunali, emerge il dato – pienamente rilevabile nel lavoro sui casi di violenza domestica – che i maltrattanti usano il sistema giuridico come mezzo per continuare a maltrattare ed esercitare il controllo sull'ex partner e sui figli, anche attraverso battaglie legali per l'affidamento o per i tempi di visita (Zorza, 1995; Jaffe, Lemon, Poisson, 2003). Si assiste, inoltre, al correlato di strumentali battaglie massmediatiche rispetto al diritto alla paternità, senza che di queste venga svelato il fine manipolatorio e senza alcun riconoscimento delle violenze agite durante il matrimonio e durante e dopo la separazione (Luberti, 2005; Romito, 2005).

Se indubbiamente ci sono casi in cui i padri sono vittime dell'esclusione dal rapporto con i figli per ritorsione da parte dell'ex moglie, è altrettanto vero che nelle situazioni di violenza domestica non risulta esserci un reale interesse per i bambini da parte dei maltrattanti, come si evince da tutta una serie di comportamenti tipici connessi, quali la mancata ottemperanza dei doveri economici rispetto al mantenimento dei figli, trascuratezza e maltrattamenti durante i periodi di permanenza dei bambini, domande inquisitorie ai figli per controllare i movimenti e le frequentazioni della madre, e altri comportamenti affini. L'improvviso interesse di molti padri per i loro bambini, che segue al facilmente rilevabile disinteresse precedente alla separazione, è in realtà mezzo per non interrompere il rapporto con la ex moglie, continuando a vederla («Mi deve portare lei i figli», «Io devo poter entrare

in casa quando voglio per vedere i bambini»), e per vendicarsi dell'“abbandono”, provocato dalla situazione di maltrattamento.

Inoltre, di fronte alla prospettiva della perdita della partner, da cui sono profondamente dipendenti, tanti uomini non vedono altra alternativa che riversare i loro bisogni fusionali sui bambini, il cui possesso e schieramento a loro favore contro la madre diventa il “farmaco” per la loro deficitaria autostima.

Ernesto, autore di maltrattamenti sulla moglie e sui bambini, dopo la separazione reclama irrealisticamente a gran voce l'affidamento esclusivo dei figli a causa delle indegnità della moglie, sforzandosi in tutti i modi di convincere tutti che è cambiato. Alterna alle dichiarazioni di amore per i suoi bambini il desiderio di vedere la loro madre morta. Se gli si fa notare che per i figli la morte della madre sarebbe una grave sofferenza, lui ribatte che «in fin dei conti tanti restano senza madre... si arrangeranno come gli altri». Esercita continue pressioni sui figli, che hanno terrore di lui, perché dicano a tutti che vogliono essere affidati al padre. Tra menzogna e menzogna, si fa ripetutamente “scappare” che tanto riuscirà a vendicarsi e a portare via i bambini alla ex moglie. Non tutti i maltrattanti ovviamente hanno così pochi strumenti da smascherarsi così candidamente da soli. L'arma di Ernesto però è il bambino fragile e disperato che emerge dai suoi discorsi rabbiosi e confusi; ha alle spalle infatti un'infanzia costellata di gravissimi maltrattamenti fisici e psicologici, a cui non riesce ad accedere e a cui non fa che brevi cenni, agitandosi enormemente anche alla sola richiesta di semplici e neutri dati anagrafici e biografici dei genitori e dei fratelli, e affrettandosi a dire che a lui il passato non interessa, perché lui “vuole guardare avanti”. La sua autostima è così gravemente compromessa e così forte la pena che a momenti può suscitare, che il rischio di collusione a scapito delle vittime, con relativa mancata attuazione di interventi adeguati di protezione, è elevato per gli operatori, se questi non tengono a mente le sevizie di cui Ernesto è stato ed è tuttora capace.

Nella pratica esiste una forte linea di tendenza impegnata ad accusare le madri di voler sottrarre i figli ai padri nelle separazioni, con attacchi a quelli che spesso sono tentativi di protezione dei bambini. La presenza di maltrattamento viene perciò non infrequentemente, anche sotto questi aspetti, rimossa dagli stessi operatori, e l'importanza del ruolo paterno enfatizzata a discapito della protezione e della riparazione effettiva dei danni. La paternità non viene assunta quindi nei suoi aspetti problematici ai fini di una corretta valutazione ed eventuale recupero dei maltrattanti stessi.

Senza un intervento finalizzato alla protezione fisica e psicologica e alla cura degli effetti post-traumatici, i bambini possono avviarsi alla vita adulta con un bagaglio di problematiche comportamentali e psicologiche cronicizzate.

Negli adulti vittime nell'infanzia di violenza assistita possono riscontrarsi: impotenza, colpa, vergogna, stigmatizzazione, bassa autostima, distacco emotivo, depressione, disturbi d'ansia, impulsività, aggressività,

passività, dipendenza, sintomi somatici, sintomi dissociativi, disturbi alimentari, abuso di sostanze, difficoltà di autoprotezione, difficoltà genitoriali (esempio: scarsa protettività, atteggiamento iperansioso), trascuratezza fisica ed emotiva, violenza fisica, psicologica, sessuale ai danni di partner e figli e/o di terze persone, disturbi di personalità.

In diverse ricerche si osserva una più alta incidenza di violenza assistita negli adolescenti con comportamenti devianti e delinquenti. Essa è considerata una delle cause delle fughe da casa, del bullismo, della violenza nei rapporti sentimentali tra adolescenti e dei comportamenti suicidari. Emerge anche che le giovani vittime di violenza assistita sono maggiormente a rischio di subire a loro volta atti di bullismo da parte dei pari (Baldry, 2003).

Risulta, inoltre, che la violenza domestica è fattore di rischio nella vita adulta per rapporti di coppia a loro volta improntati alla violenza.

In generale dalla letteratura risulta che l'aver subito e/o assistito a maltrattamenti intrafamiliari è tra i maggiori fattori di rischio per lo sviluppo di comportamenti violenti nell'età adulta.

La vergogna e l'umiliazione sono fattori che possono scatenare tali comportamenti. Mentre l'autoaffermazione è la risposta sana ai fini della protezione del Sé, i comportamenti delinquenti sarebbero la risposta a ferite narcisistiche infantili da cui, a fronte di minacce al Sé indebolito, a mancato appagamento dei bisogni di rispecchiamento e a frustrazione dei bisogni di idealizzazione, deriverebbe la rabbia distruttrice (Kouth, 1972; Gilligan, 1997; cfr. Fonagy, Target, 2003).

Fergusson e Horwood (1998, in Milani e Gatti, 2005) hanno condotto una ricerca su 1.265 bambini monitorati annualmente dalla nascita ai 18 anni di età, al fine di valutare il livello di violenza tra i genitori, la qualità del funzionamento familiare e il livello di adattamento psicosociale dei partecipanti a 18 anni. Dai dati emerge che gli atti di violenza perpetrati da un genitore nei confronti dell'altro (padre contro madre, ma anche madre contro padre) sono risultati strettamente correlati a tutte le misure di maladattamento prese in considerazione: presenza di disturbi psicologici e/o psichiatrici, dipendenza da sostanze, tentativi di suicidio, comportamento deviante o criminale. I bambini esposti ad alti livelli di violenza familiare hanno mostrato una frequenza di questi comportamenti maladattivi da 1,9 a ben 6,1 volte più alta rispetto ai bambini non esposti alla violenza. La ricerca rivela che, isolando gli effetti di altri fattori di rischio quali il basso livello socioeconomico o un contesto sociale deprivato, l'esposizione alla violenza domestica sarebbe il fattore più rilevante nel predire un peggior adattamento in età adulta, e in particolare maggiori livelli di ansia, problemi della condotta e dipendenza dall'alcol (Milani, Gatti, 2005).

Strauss, Gelles e Steinmetz (1990) avevano rilevato che gli uomini che avevano assistito a violenza domestica avevano 3,5 maggiori

possibilità di diventare maltrattanti verso la partner.

Dutton e Hart (1992) in una ricerca svolta nelle carceri hanno rilevato che gli uomini che avevano commesso crimini violenti in famiglia riferivano di aver fatto maggiormente esperienze di violenza nella loro famiglia di origine rispetto agli uomini che avevano commesso crimini violenti contro estranei e degli uomini che avevano commesso reati non caratterizzati da aggressioni violente contro terzi. Le violenze intrafamiliari subite nell'infanzia risultavano essere sia di tipo diretto che di tipo assistito. Da uno studio canadese (Stout, 1993) è risultato che, circa nel 40% dei casi di omicidi commessi da uomini sulle partner, i perpetratori avevano una storia infantile segnata da violenza assistita.

Holtzworth-Munroe e Stuart (1994) hanno descritto tre categorie di maltrattanti, in relazione alle violenze subite nell'infanzia. La prima categoria (*only family*) include maltrattanti violenti solo all'interno della famiglia, che dagli studi degli autori risultano compiere violenza di minore gravità rispetto alle altre due categorie, e non presentano psicopatologie. La seconda (*dysphoric borderline*) comprende uomini che compiono esclusivamente violenze domestiche, di elevata gravità; questi presentano caratteristiche proprie dell'organizzazione borderline di personalità. La terza categoria (*violent/antisocial*) comprende autori di violenze gravi sia intra che extrafamiliari; tali soggetti presentano disturbo antisociale di personalità.

È risultato che i violenti/antisociali sono cresciuti prevalentemente in famiglie violente e caotiche, con esposizione alla violenza tra i genitori; i violenti *only family* sarebbero stati con minore frequenza dei primi esposti alla violenza tra i genitori, mentre è stato ipotizzato che i disforici/borderline siano tra quelli che hanno subito maggiori violenze dirette nell'infanzia.

Disturbo narcisistico (in particolare il narcisismo maligno), disturbo borderline e disturbo antisociale di personalità caratterizzano, secondo gli autori, le persone che mettono in atto comportamenti violenti.

Perry e Herman (1993) indicano quali fattori maggiori del disturbo borderline di personalità la violenza assistita, l'abuso sessuale e il maltrattamento fisico subiti durante l'infanzia, mentre individuano come fattori facilitanti la trascuratezza fisica ed emotiva, la separazione dalle figure tutrici, l'abuso verbale, il temperamento non invulnerabile, la psicopatologia dei genitori, la mancanza di rapporti protettivi e fidati, la capacità di dissociazione, l'ambiente familiare caotico, il comportamento genitoriale inappropriato.

Herman e coll. (1987), esaminando un campione di 21 pazienti borderline, hanno rilevato che il 68% avevano subito nell'infanzia abusi sessuali, il 71% abusi fisici, mentre il 62% aveva assistito a gravi violenze all'interno della famiglia. Sempre Herman (1992) riferisce

che le sue ricerche hanno documentato storie di grave trauma infantile nell'81% di casi di disturbo borderline di personalità.

La patologia del narcisismo viene collegata a diverse configurazioni familiari, tra cui quelle delle famiglie maltrattanti e abusanti, caratterizzate da mancanza di empatia, inversione dei ruoli, sadismo, ma sembrano essere in gioco anche le situazioni familiari dove il bambino prende, presso un genitore, il posto dell'altro con confusione tra le generazioni, come può avvenire in situazioni dove uno dei genitori ha un ruolo del tutto insignificante e l'altro superinveste il bambino di aspettative proprie, adottando uno stile relazionale caratterizzato da una sopravvalutazione “adorante” e priva di empatia (Kernberg, 1998). Questo può accadere anche nelle separazioni gravemente conflittuali e nelle situazioni di violenza assistita da maltrattamento sulla madre, dove, come si è visto, il figlio può diventare per uno dei genitori “un partner sostitutivo”.

Su un campione di 70 uomini valutati per violenza domestica, violenza assistita in età minore, stress, alcolismo, atteggiamenti verso le donne e convinzioni rispetto all'uso della violenza nei confronti delle partner, è stata rilevata una correlazione positiva fra la violenza assistita nell'infanzia e il maltrattamento fisico e psicologico nei confronti delle mogli, nonché una correlazione positiva tra le convinzioni che giustificano il maltrattamento e la messa in atto delle violenze (Bruno, 2001).

In una ricerca retrospettiva che ha messo a confronto una popolazione con trascorsi di violenza contro il partner con una popolazione di soggetti tratti dalla popolazione generale (Markowitz, 2001, in Milani, Gatti, 2005), risulta che non è solo il comportamento violento a essere appreso e a incidere sullo sviluppo di comportamenti violenti, ma anche l'atteggiamento di base nei confronti della violenza. L'autore ha verificato che le persone che hanno agito violenza domestica non solo sono state maggiormente esposte durante l'infanzia a violenza intrafamiliare, ma giudicano anche più favorevolmente l'uso della violenza nelle situazioni di conflitto familiare.

Sono emerse differenze a livello cognitivo derivanti sia dal subire che dall'assistere a violenza intrafamiliare rispetto a chi non ha subito o assistito a maltrattamenti. I giovani vittime di violenza diretta o assistita categorizzano i comportamenti aggressivi ma non apertamente violenti (come litigare a gridare) come molto più simili a quelli violenti rispetto ai giovani non esposti a violenza intrafamiliare. Da ciò si deduce che sia più probabile che i giovani cresciuti in famiglie a transazione violenta non abbiano mai fatto esperienza di litigi familiari anche accesi ma senza messa in atto di comportamenti fisicamente violenti e che abbiano anche difficoltà a concettualizzarli; perciò in situazioni di conflitto e litigio tenderebbero ad assumere più facilmente comportamenti violenti (Milani, Gatti, 2005).

Vite in bilico

LA RICERCA



## Lo staff della ricerca

### GRUPPO DI COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO

Donata Bianchi, Ermenegildo Ciccotti, Roberta Luberti,  
Marinella Malacrea, Enrico Moretti

### METODOLOGIA DELLA RICERCA E ANALISI STATISTICA

Chiara Barlucchi, Marco Zelano, Francesca Ballini

### ATTIVITÀ DI RILEVAZIONE SUL CAMPO

#### Lombardia

**Coordinatrice:** Simona Agosti

**Rilevatrici:** Simona Agosti, Laura Alello, Giovanna Bonotti,  
Patrizia Borrelli, Valentina Cariola, Alessandra Cirulli,  
Daniela Girola, Chiara Magni, Veronica Monti, Chiara Panseri,  
Paola Papa, Paola Pirovano, Elena Possa, Cecilia Somigli,  
Chiara Trombotto, Elena Ubbiali

#### Friuli-Venezia Giulia

**Coordinatrice:** Francesca Bortolotto

**Rilevatrici:** Francesca Bortolotto, Martina Mascherin,  
Barbara Tanchis

#### Toscana

**Coordinatrice:** Serena Macherelli

**Rilevatrici:** Daniela Atzori, Laura Canneti, Elisa Conti,  
Concetta Gallo, Serena Macherelli, Francesca Melani,  
Francesca Pidone, Silvia Preziosi, Genny Ristori, Sabrina Russo

#### Umbria

**Coordinatrice:** Raffaella Cipriani

**Rilevatrici:** Aurelia Brita, Raffaella Cipriani, Maria Grazia Rampini

#### Puglia

**Coordinatore:** Maurizio Guadalupi

**Rilevatrici:** Giulia Abruzzese, Roberta Blasi, Rosanna Cuccovillo,  
Sabrina German, Maria Concetta Guzzi, Alessandra Milanese,  
Angela Manuela Palella, Valeria Pecere, Immacolata Renzi,  
Valeria Vicanolo

### Calabria

**Coordinatrice:** Daniela Diano

**Rilevatrici:** Agata Amato, Enzina Aquino, Enrica Cipolla,  
Francesca Galasso, Ilenia Lomonaco, Marida Napoli

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Aurora Siliberto

### INSERIMENTO DATI

Filippo Bambi, Elena Battiloni, Fabiola Fani, Milena Greco

### HANNO COLLABORATO

Silvia Butti, Letizia Visini

## Metodologia e organizzazione della ricerca\*

1. La definizione dell'oggetto dell'indagine; 2. Gli strumenti di rilevazione; 3. Il piano di campionamento e la stima dell'errore campionario; 4. La qualità dei dati; 5. La formazione dei rilevatori e il lavoro sul campo; 6. La campagna di rilevazione; 7. L'archiviazione e la validazione dei dati; 8. La strategia d'analisi dei dati; 9. Stime dell'errore campionario

Per la realizzazione della ricerca *Percorsi di vita: dall'infanzia all'età adulta* è stata progettata un'indagine di tipo campionario, tecnica largamente utilizzata negli ultimi anni sia nel campo delle scienze sociali sia in quello delle scienze politiche di programmazione e valutazione dell'impatto delle azioni e degli interventi di welfare. La scelta di adottare tale strumento di rilevazione nasce dalla valutazione congiunta di almeno tre elementi imprescindibili nell'economia del lavoro da svolgere:

- contenimento dei tempi di risposta entro cui avere i risultati;
- contenimento dei costi e rispetto dei budget di spesa;
- accuratezza nella rilevazione e affidabilità dei risultati conseguiti.

Il disegno d'indagine prescelto è scandito da una serie di fasi strutturate che saranno descritte in dettaglio nei paragrafi di questa nota metodologica, di cui forniamo di seguito l'elencazione analitica:

- 1) la definizione dell'oggetto dell'indagine;
- 2) gli strumenti di rilevazione;
- 3) il piano di campionamento e la stima dell'errore campionario;
- 4) la formazione dei rilevatori e il lavoro sul campo;
- 5) la campagna di rilevazione;
- 6) l'archiviazione e la validazione dei dati;
- 7) la strategia di analisi dei dati.

L'avvio della progettazione della ricerca è avvenuto nei primi mesi del 2004, per poi concretizzarsi con il lavoro sul campo delle rilevatrici a partire da luglio e concludersi nel successivo febbraio del 2005.

---

\* Chiara Barlucchi, metodologa della ricerca, Enrico Moretti e Marco Zelano, statistici, Istituto degli Innocenti.

Tenendo conto dell'iniziale difficoltà delle rilevatrici nel condurre l'indagine e della difficoltà di reperire le persone nel periodo estivo (luglio-agosto), la ricerca di fatto è stata condotta e conclusa nell'arco di sei mesi. Tempo che si può ritenere soddisfacente alla luce del fatto che si trattava di un'indagine *face to face*, su un tema particolarmente delicato e con una modalità di estrazione delle unità da intervistare piuttosto rigido.

### 1. La definizione dell'oggetto dell'indagine

Oggetto della presente indagine campionaria è la stima dell'incidenza dei casi di abuso sessuale e di abuso e maltrattamento vissuti in età minorile nella popolazione femminile adulta in età compresa tra i 19 e i 60 anni<sup>1</sup>.

La definizione di "violenza" all'infanzia adottata nel contesto si rifà a quella formulata in sede di *Consultation on Child Abuse Prevention* a cura dell'OMS, secondo la quale

per abuso all'infanzia e maltrattamento devono intendersi tutte le forme di cattiva salute fisica ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comporti un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere<sup>2</sup>.

### 2. Gli strumenti di rilevazione

La raccolta delle informazioni si è realizzata fondamentalmente con l'ausilio di quattro questionari di rilevazione:

- il questionario di rilevazione da utilizzare nel corso dell'intervista faccia a faccia;
- il questionario di rilevazione da utilizzare nel corso dell'intervista telefonica;
- il questionario di valutazione dell'intervista, compilato da ogni intervistata al termine dell'incontro;
- la scheda di valutazione generale compilata dalle ricercatrici al termine del lavoro di rilevazione.

---

<sup>1</sup> La ricerca è stata condotta anche su un gruppo di 300 uomini dai 19 ai 60 anni, variamente distribuiti nelle regioni interessate all'indagine. I dati raccolti con le interviste condotte su questo sottogruppo non sono oggetto della presente analisi, dedicata esclusivamente alla riflessione sui dati emersi dal campione femminile.

<sup>2</sup> OMS, *WHO Consultation on Child Abuse Prevention*, Geneva, World Health Organization, 1999.

I due questionari di rilevazione si distinguono innanzitutto per la loro diversa modalità di utilizzo: una somministrazione diretta all'interno di un'intervista faccia a faccia, la prima, e una indiretta nell'ambito di un'intervista telefonica, la seconda, da effettuare per integrare numericamente il campione nel caso in cui questo fosse stato necessario.

I questionari per la rilevazione sono stati elaborati attraverso un preliminare lavoro di analisi e approfondimento di schede impiegate in altre indagini a livello internazionale dato che, per le finalità che si è inteso perseguire e l'approccio adottato, questa ricerca retrospettiva non ha in campo nazionale esperienze analoghe cui rapportarsi. I questionari sono semistrutturati, ovvero costituiti da un insieme di domande "chiuse" (data la presenza di una serie di risposte preventivate da sottoporre alla scelta dell'intervistato), "parzialmente aperte" (che danno la possibilità all'intervistato di scegliere anche una risposta non prevista, se considera insoddisfacenti quelle prestabilite) e "aperte" (alla risposta formulata autonomamente dall'intervistato). E nello specifico queste ultime sono comunque di numero assai esiguo, mentre fra le altre due tipologie prevalenti non sussistono, da un punto di vista numerico, sostanziali differenze.

La scelta del ricorso all'intervista strutturata è motivata essenzialmente dal fatto di poter così:

- ridurre la variabilità legata alle diverse modalità di condurre l'intervista;
- coniugare la flessibilità del colloquio con la completezza e la confrontabilità delle informazioni raccolte.

Le tematiche in cui si articola il questionario impiegato nell'ambito dell'intervista strutturata faccia a faccia sono riconducibili essenzialmente a sei, organizzate in sezioni distinte (l'ultima delle quali in due sottosezioni) che attengono a informazioni su:

- le caratteristiche anagrafiche dell'intervistata e il suo nucleo familiare attuale;
- il suo percorso scolastico e formativo;
- il suo percorso lavorativo;
- la famiglia d'origine e l'esperienza relazionale vissuta in famiglia;
- la sfera della salute e della sessualità;
- le esperienze di violenza vissute o meno in età infantile.

La varietà dei temi da indagare, ma specialmente l'interesse ad approfondire la problematica secondo una prospettiva dinamica e dall'altro sistemico-relazionale, per coglierne il più possibile la specificità complessiva, piuttosto che limitarsi a una lettura di massima, ha por-

tato all'elaborazione di un questionario di notevole consistenza sia sostanziale che dimensionale. D'altra parte, per evitare di ridurre la generalità dei concetti più rilevanti per l'indagine e di grande importanza teorica (a partire innanzitutto da quelli propri di "abuso sessuale" e "maltrattamento"), si è reso necessario definire una molteplicità di indicatori che permettesse di conseguire la copertura semantica più ampia possibile, cogliendo allo stesso tempo le specificità e le peculiarità. Nonostante l'elevato numero di domande formulate, il fatto che molte di esse fossero condizionate dalle risposte fornite alle precedenti ha consentito di effettuare l'intervista – e quindi la compilazione del questionario – in un arco di tempo ammissibile e soprattutto accettabile per i soggetti coinvolti, *in primis* le intervistate: il costo emotivo/cognitivo richiesto dall'esperienza d'intervista non è stato eccessivo.

Nello specifico, riguardo alle caratteristiche anagrafiche dell'intervistata e al suo nucleo familiare attuale, le principali acquisizioni attengono a dati di natura personale<sup>3</sup> (come l'età, lo stato civile e la nazionalità) e a informazioni sulla composizione della sua famiglia attuale, ovvero se è stata costituita o meno insieme al partner (marito o compagno) una nuova famiglia – con o senza figli – e se mai di quale età.

Rispetto al percorso scolastico e formativo, oltre al titolo di studio eventualmente conseguito, sono indagate le esperienze e i vissuti emotivi più significativi provati in rapporto alla scuola, essendo questo un ambiente di vita assai significativo per la formazione personale e sociale come pure per i legami che si stabiliscono con gli altri, tra cui adulti diversi dai genitori.

Riguardo alla condizione lavorativa le richieste s'indirizzano, nel loro insieme, alla rilevazione: dello stato occupazionale vero e proprio; del percorso affrontato in proposito; del livello di soddisfazione e gratificazione specifico nonché in rapporto alla situazione della famiglia d'origine, così da rilevare se e quali cambiamenti si siano verificati rispetto allo status socioeconomico originario.

Sulla famiglia d'origine e sull'esperienza relazionale vissuta al suo interno, le informazioni fanno riferimento, da una parte, a tutti quegli aspetti che ne ripercorrono la storia – sia del sistema, sia dei suoi protagonisti – e, dall'altra, alle modalità relazionali e comunicative caratterizzanti la vita familiare, in maniera da comprendere quale competenza e stile familiare siano stati presenti e magari siano stati messi in atto al verificarsi di eventi critici.

Nella sfera della salute e della sessualità sono rilevati dati relativi alla condizione di salute (ovvero alla presenza o meno di disturbi di ti-

---

<sup>3</sup> La raccolta e il trattamento dei dati sono avvenuti nel rispetto della normativa vigente in materia (DLGS 30 giugno 2003, n. 196, *Codice in materia di protezione dei dati personali*).

po fisico o psicologico) e alla qualità della cura di sé messa in atto; oltre a esperienze e vissuti emozionali rispetto alla propria vita sessuale, fin dal suo inizio.

L'ultima sezione, attinente ad eventuali esperienze di violenza visse in età minore, si compone di due sottosezioni: una più specifica sulle esperienze pregresse di abuso sessuale e l'altra inerente alle esperienze pregresse di maltrattamento per raccogliere gli elementi e i fattori più qualificanti e caratterizzanti tali vissuti. La sezione si conclude con alcune domande, meno approfondite, che riguardano l'essere state esposte a molestie, aggressioni verbali o sessuali in età adulta.

Relativamente all'abuso sessuale, le forme considerate sono sia quelle con contatto fisico sia quelle senza, vale a dire: esibizionismo, molestie verbali, esibizione di materiali pornografici, toccamenti e atti di masturbazione, tentativi di penetrazione e penetrazione. Per quanto riguarda il maltrattamento, le fattispecie contemplate attengono al maltrattamento fisico, al maltrattamento psicologico, alla trascuratezza (sia materiale sia affettiva) e alla violenza assistita.

In sede conclusiva è stato previsto uno "spazio aperto" teso a rilevare la riflessione personale dell'intervistata riguardo alla prevenzione del maltrattamento e dell'abuso dei bambini e dei ragazzi.

Il questionario di rilevazione da impiegare nell'ambito dell'intervista telefonica riflette sostanzialmente il percorso proposto con la scheda di rilevazione per l'intervista faccia a faccia, ma, data la natura del mezzo di comunicazione, si presenta con un numero ridotto di domande. Come osservato in precedenza, la conduzione dell'intervista telefonica era stata prevista soltanto nel caso in cui con le interviste faccia a faccia realizzate non fosse stata raggiunta la numerosità campionaria preventivata, così da poterla completare: un'eventualità che di fatto non si è verificata.

Il questionario di valutazione dell'intervista è stato consegnato alle persone incontrate al termine del colloquio allo scopo di ottenere un feedback sul clima dell'incontro e sull'impatto emotivo dei contenuti del colloquio, e osservazioni utili a riflettere sulle caratteristiche della metodologia impiegata. Ogni persona era invitata a compilarlo e a inserirlo in una busta che doveva essere sigillata a garanzia di riservatezza<sup>4</sup>.

La *Scheda di valutazione generale*, redatta da ciascuna ricercatrice al termine dell'indagine, è stata elaborata principalmente al fine di rilevare informazioni circa le modalità con le quali si è svolta l'indagine stessa. Essa è costituita essenzialmente da quattro sezioni e da una sezione finale aperta a eventuali osservazioni aggiuntive da parte della ricercatrice.

---

<sup>4</sup> Le informazioni ricavate dall'analisi di queste schede sono presentate in Appendice a questo volume.

Oltre ai questionari di rilevazione le intervistatrici sono state dotate di una lettera di presentazione e accreditamento del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza che assicurasse un carattere di ufficialità agli occhi delle intervistate ed evidenziasse l'estrema rilevanza della ricerca stessa.

Per la realizzazione del lavoro ogni intervistatrice è stata dotata, inoltre, di una guida alla compilazione del questionario e di un pannello di controllo delle interviste fatte, il cui aggiornamento rendeva subito visibile alle intervistatrici su quale tipologia di interviste concentrare l'attenzione per rispettare le numerosità imposte dai vincoli di campionamento, ovvero la fascia di età e l'ambito territoriale di pertinenza.

Nel complesso gli strumenti elaborati per la rilevazione delle informazioni e impiegati sul campo sono, secondo l'ordine cronologico del loro utilizzo, i seguenti:

Strumenti di rilevazione	Breve descrizione
Lettera di accreditamento	Investe ufficialmente l'intervistatrice agli occhi degli intervistati
Guida all'indagine	Guida metodologica alla compilazione
Pannello di controllo (formato elettronico)	Permette il monitoraggio delle interviste effettuate soggette a vincoli di campionamento
Questionario per l'intervista	Questionario da sottoporre <i>face to face</i>
Questionario per l'intervista telefonica	Questionario da utilizzare nei casi in cui non si riesce ad avere contatti diretti
Questionario di valutazione dell'intervista	Raccoglie le impressioni delle persone intervistate
Scheda di valutazione generale	Riporta le impressioni della ricercatrice sull'andamento dell'indagine svolta

### 3. Il piano di campionamento e la stima dell'errore campionario

L'obiettivo dell'indagine, come prima evidenziato, consiste nella stima dell'incidenza dei *casi pregressi di abuso* nella popolazione femminile italiana in età compresa tra i 19 e i 60 anni con un approfondimento del fenomeno nelle tre classi di età: 19-32enni, 33-46enni e 47-60enni.

La popolazione di riferimento, ovvero la popolazione femminile italiana in età compresa tra i 19 e i 60 anni, non è distribuita proporzionalmente su tutto il territorio nazionale. La tavola 1 riporta la distribuzione della popolazione sulle tre macroaree riconosciute dall'ISTAT (Nord; Centro; Sud e Isole, panel di sinistra), e la distribuzione della popolazione su sei macroaree ritenute utili ai fini della presente ricerca (Nord 1, Nord 2, Centro 1, Centro 2, Sud 1, Sud 2, panel di destra).

Per l'indagine campionaria che si è inteso realizzare le risorse finanziarie e umane a disposizione hanno permesso d'individuare una numerosità del **campione teorico pari a 2.200** unità statistiche. Il disegno d'indagine utilizzato si basa su un campionamento a più stadi, stratificato per variabili sia territoriali sia demografiche (età delle intervistate).

Dopo una prima stratificazione territoriale nelle sei macroaree riportate nel panel di destra della tavola 1, all'interno di ognuna di queste è stata selezionata con **campionamento ragionato** una regione rappresentativa dell'intera macroarea.

La definizione del campione teorico stratificato per macroarea risulta essere proporzionale all'incidenza della popolazione femminile in età compresa tra i 19 e i 60 anni in ognuna delle sei regioni selezionate, come riportato nella tavola 2.

Nel secondo stadio dell'indagine, le sei regioni selezionate nel primo stadio sono state suddivise in: grandi (Lombardia); medie (Puglia, Calabria e Toscana); piccole (Friuli-Venezia Giulia e Umbria). All'interno della regione "grande" sono state estratte casualmente 5 province, all'interno di ogni regione "media" sono state estratte casualmente 4 province, mentre all'interno delle regioni "piccole" sono state estratte 2 province (per l'Umbria, avendo solo due province, la copertura è totale). La lista delle 21 province estratte è riportata in neretto nella prima colonna della tavola 5. Una volta assegnato a ciascuna regione estratta il numero di interviste da effettuare, per rendere il campione maggiormente rappresentativo si è deciso di non estrarre casualmente le donne da intervistare a livello regionale, ma di effettuare una suddi-

**Tavola 1 - Ripartizione geografica della popolazione femminile - Italia**

Nord	6.295.417	38,0	Nord 1: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia	4.352.432	69,1
			Nord 2: Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia	1.942.985	30,9
			<b>Totale Nord</b>	<b>6.295.417</b>	<b>100,0</b>
Centro	4.326.837	26,1	Centro 1: Emilia-Romagna, Toscana, Marche	2.549.465	58,9
			Centro 2: Umbria, Lazio	1.777.372	41,1
			<b>Totale Centro</b>	<b>4.326.837</b>	<b>100,0</b>
Sud e Isole	5.961.397	35,9	Sud 1: Molise, Abruzzo, Campania, Puglia	3.292.711	55,2
			Sud 2: Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna	2.668.686	44,8
<b>Italia</b>	<b>16.583.651</b>	<b>100,0</b>	<b>Totale Sud e Isole</b>	<b>5.961.397</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 2 - Criteri generali per il campionamento della popolazione femminile**

	Popolazione 19-60 anni		Incidenza sulla popolazione totale	Incidenza sulla popolazione femminile	Interviste in proporzione alla popolazione femminile 19-60
	femmine	totale			
Lombardia	2.674.672	5.394.420	44,9	44,6	980
Friuli-Venezia Giulia	340.363	690.509	5,7	5,7	125
Toscana	998.773	1.994.844	16,6	16,6	366
Umbria	231.361	462.696	3,9	3,9	85
Puglia	1.185.068	2.334.209	19,4	19,7	434
Calabria	571.936	1.140.362	9,5	9,5	210
<b>Totale 6 regioni</b>	<b>6.002.173</b>	<b>12.017.040</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>2.200</b>

visione delle regioni in macroprovince: questo per dare maggior peso alle province che effettivamente hanno un maggior numero di donne residenti (la lista delle macroprovince è riportata in colore nella prima colonna della tavola 4).

Dopo la selezione delle province da inserire nel campione, nello stadio successivo si è passati all'estrazione casuale delle famiglie da contattare attraverso gli elenchi telefonici. La modalità di estrazione dei numeri degli abbonati Telecom è avvenuta attraverso un campionamento sistematico dagli elenchi telefonici provinciali con le seguenti modalità:

- 1) assegnazione a ciascuna rilevatrice di un numero di pagina dell'elenco da cui partire;
- 2) il primo numero di telefono da selezionare è il primo in alto a sinistra della pagina;
- 3) all'interno di ogni pagina selezionare gli abbonati con un passo di campionamento pari a 5.
- 4) completata la pagina saltare un numero di pagine pari a 45 e ritornare al punto 2.

Il numero apparentemente basso del passo di campionamento è stato individuato ipotizzando un alto tasso di non copertura e un alto tasso di risposta; in generale nella fase operativa dell'indagine si è deciso comunque di limitare a cinque il numero di interviste effettuate per ogni singola pagina dell'elenco telefonico. Infine, nell'ultimo stadio sono state selezionate e intervistate le donne in età compresa tra i 19 e i 60 anni, limitando l'intervista a un'unità per famiglia e stratificando le interviste per le tre classi d'età: 19-32enni, 33-46enni e 47-60enni. Il campione di donne in età compresa tra i 19 e i 60 anni effettivamente intervistato si discosta dal campione teorico descritto in precedenza; comunque l'efficienza delle rilevatrici esperte ha permesso di ottenere una numerosità campionaria (2.320 unità) addirittura superiore a quella programmata. La tavola 3 riporta la distribuzione delle interviste effettuate per ripartizione geografica e per classe di età delle donne intervistate.

**Tavola 3 - Ripartizione territoriale del campione di intervistate: Italia**

Ripartizioni	Popolazione femminile 19-60	Proporzioni	N. interviste effettive			
			Età 19-32	Età 33-46	Età 47-60	
Nord	6.295.417	38,0	933	288	345	300
Centro	4.326.837	26,1	579	180	213	186
Sud e Isole	5.961.397	35,9	808	288	289	231
<b>Italia</b>	<b>16.583.651</b>	<b>100,0</b>	<b>2.320</b>	<b>756</b>	<b>847</b>	<b>717</b>

Le tavole 4 e 5 riportano la distribuzione delle interviste effettuate rispettivamente per macroarea e per provincia.

**Tavola 4 - Ripartizione territoriale del campione di intervistate: macroaree**

Regioni estratte da ciascuna macroarea	Popolazione femminile 19-60	Proporzioni	N. interviste effettive
<b>Nord 1:</b> Lombardia, Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria	4.352.432	69,1	675
<b>Nord 2:</b> Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Trentino-Alto Adige	1.942.985	30,9	258
<b>Totale Nord</b>	<b>6.295.417</b>	<b>100,0</b>	<b>933</b>
<b>Centro 1:</b> Toscana, Emilia-Romagna, Marche	2.549.465	58,9	342
<b>Centro 2:</b> Umbria, Lazio	1.777.372	41,1	237
<b>Totale Centro</b>	<b>4.326.837</b>	<b>100,0</b>	<b>579</b>
<b>Sud 1:</b> Puglia, Molise, Abruzzo, Campania	3.292.711	55,2	453
<b>Sud 2:</b> Calabria, Basilicata, Sicilia, Sardegna	2.668.686	44,8	355
<b>Totale Sud e Isole</b>	<b>5.961.397</b>	<b>100,0</b>	<b>808</b>

**Tavola 5 - Ripartizione territoriale del campione di intervistate: regioni e province**

	Popolazione femminile 19-60	Proporzioni	N. interviste effettive
<b>Milano</b>	1.116.916	41,8	310
<b>Varese - Como</b>	399.107	14,9	86
<b>Lecco - Sondrio</b>	142.521	5,3	60
<b>Bergamo - Brescia</b>	613.923	23,0	132
<b>Pavia - Lodi - Cremona - Mantova</b>	402.205	15,0	87
<b>Totale Lombardia</b>	<b>2.674.672</b>	<b>100,0</b>	<b>675</b>
<b>Udine - Gorizia</b>	189.705	55,7	144
<b>Pordenone - Trieste</b>	150.658	44,3	114
<b>Totale Friuli-Venezia Giulia</b>	<b>340.363</b>	<b>100,0</b>	<b>258</b>
<b>Firenze - Pistoia</b>	344.538	26,7	120
<b>Prato - Lucca</b>	174.399	25,3	60
<b>Pisa - Massa Carrara - Livorno</b>	260.380	26,1	88
<b>Grosseto - Arezzo - Siena</b>	219.456	22,0	74
<b>Totale Toscana</b>	<b>998.773</b>	<b>100,0</b>	<b>342</b>
<b>Perugia</b>	169.858	73,4	174
<b>Terni</b>	61.503	26,6	63
<b>Totale Umbria</b>	<b>231.361</b>	<b>100,0</b>	<b>237</b>
<b>Bari</b>	463.663	39,1	171
<b>Taranto - Foggia</b>	370.078	31,2	136
<b>Brindisi</b>	118.268	10,0	60
<b>Lecce</b>	233.059	19,7	86
<b>Totale Puglia</b>	<b>1.185.068</b>	<b>100,0</b>	<b>453</b>
<b>Reggio Calabria</b>	158.067	27,6	98
<b>Cosenza</b>	211.722	37,0	132
<b>Catanzaro</b>	105.694	18,5	65
<b>Crotone - Vibo Valentia</b>	96.453	16,9	60
<b>Totale Calabria</b>	<b>571.936</b>	<b>100,0</b>	<b>355</b>

164 4. La qualità dei dati

Come accennato in precedenza, il campione di donne effettivamente intervistate si discosta dal campione teorico descritto nel paragrafo precedente; le difformità maggiori sono registrate nelle distribuzioni delle ripartizioni territoriali, delle classi di età, del titolo di studio, dello stato civile e, infine, della presenza o meno di figli. Tali difformità registrate hanno suggerito di procedere a una ponderazione per celle di aggiustamento in più passi, in quanto non sono disponibili le distribuzioni congiunte della popolazione di riferimento rispetto alle cinque variabili appena descritte. La procedura di aggiustamento in tre passi è la seguente:

- 1) si calcolano i pesi per ogni categoria di ogni distribuzione marginale secondo una procedura di poststratificazione;
- 2) per ogni cella della distribuzione congiunta del campione effettivo si calcola il peso pari al prodotto algebrico dei pesi delle distribuzioni marginali corrispondenti;
- 3) si riscalano i pesi in modo che la media risulti pari a uno (o in modo equivalente così che la somma sia pari alla numerosità campionaria).

Si deve in ogni caso precisare che l'applicazione dei pesi appena definiti, sebbene consenta agli stimatori utilizzati di essere statisticamente corretti, introduce un elemento aggiuntivo di variabilità delle stime stesse (oltre alla variabilità campionaria). Tale incremento è peraltro misurabile mediante il calcolo di un fattore di correzione dell'errore standard delle stime. Tale fattore di correzione  $(1+L)$  rappresenta l'incremento percentuale di variabilità dovuto alla poststratificazione ed è definito nel seguente modo:

$$(1 + L) = \frac{n \sum_{h=1}^k n_h w_h^2}{\left( \sum_{h=1}^k n_h w_h \right)^2}$$

dove  $n_h$  rappresenta il numero dei casi dello strato  $h$  e  $w_h$  il peso del corrispondente strato.

Nell'indagine oggetto di studio, l'incremento di varianza dovuta alla poststratificazione è stato calcolato pari a  $(1+L) = 1,863875$ .

Le stime effettuate

Per terminare l'analisi della qualità dei dati si procede, quindi, a presentare la metodologia adottata per calcolare gli *errori standard* delle stime presentate nel rapporto.

Per calcolare la variabilità delle stime in termini d'errore standard in un'indagine a più stadi, è possibile moltiplicare l'errore standard nel caso di campionamento casuale semplice per il cosiddetto *design effect* (Deft). Il design effect rappresenta la perdita in termini d'efficienza delle stime per aver utilizzato un campionamento a più stadi rispetto all'estrazione delle unità statistiche utilizzando un campionamento casuale semplice. Nel caso di campionamento a più stadi il design effect in termini di varianza può essere semplicemente calcolato sulla base del *coefficiente di correlazione inter-cluster* e la numerosità (media) dei gruppi dell'ultimo stadio B:

$$Deft^2 = [1 + \rho(B - 1)]$$

Nel contesto di un campione di donne in età compresa tra i 19 e i 60 anni, estratto con il campionamento a più stadi descritto nei paragrafi precedenti, è possibile valutare che una variabile oggetto di studio possa essere affetta da un valore d'incremento in termini di varianza pari a circa 2.

In conclusione, ipotizzando una relazione di tipo moltiplicativo, è possibile scomporre la stima del relativo errore standard nelle seguenti componenti:

$$es_v = (es_{ccs_v}) \cdot k \cdot Deft$$

Il primo fattore ( $es_{ccs_v}$ ) rappresenta l'errore standard della stima nell'ipotesi di un campionamento casuale semplice di numerosità pari al campione in esame. Sotto le condizioni precedenti e trascurando l'elemento di correzione per popolazioni finite, il fattore  $es_{ccs_v}$  è funzione decrescente dell'ampiezza campionaria:

$$es_{ccs_v} = \left( \frac{sd_v}{\sqrt{n}} \right)$$

dove  $sd_v$  esprime la deviazione standard dell'universo che, indipendente dalla struttura e dalla dimensione del campione, nel caso di una proporzione nitida è esprimibile nel seguente modo:

$$sd_v = \sqrt{p(1-p)}$$

Il fattore di Kish  $k = \sqrt{1 + L}$ , come spiegato in precedenza, definisce l'effetto della struttura di ponderazione campionaria; spesso, infatti, la definizione del sistema dei pesi avviene con criteri arbitrari che prescindono dalle caratteristiche dei domini d'interesse con l'inevitabile effetto d'inflazionare la varianza delle stime.

### 5. La formazione dei rilevatori e il lavoro sul campo

Infine, il Deft è la misura che esprime la divergenza con l'errore standard calcolato tenendo conto della reale complessità del disegno campionario.

Nella sezione finale della presente nota metodologica, nelle tabelle 9-20, sono riportati gli errori standard in termini assoluti e relativi, calcolati per alcuni valori di una distribuzione percentuale e per alcune numerosità del campione o di opportuni sottocampioni.

La rilevazione delle informazioni in ogni regione campionata è stata guidata da un coordinatore e realizzata da un numero di rilevatori adeguato al numero di interviste da effettuare. In totale sono state coinvolte complessivamente 54 persone di cui 49 rilevatrici e 5 coordinatrici. Nel corso della campagna di rilevazione si sono verificati sei abbandoni di cui si è resa necessaria la sostituzione e in altri sei casi è stato dato un supporto a coloro che avevano più difficoltà a portare a termine l'incarico affiancando un'altra rilevatrice. I motivi per i quali è stato giustificato l'abbandono sono stati essenzialmente la stanchezza e la difficoltà nel trovare i soggetti da intervistare. Il *turn-over* è stato, comunque, limitato e questo è ciò che ha favorito la conclusione dell'indagine in tempi relativamente brevi.

Nel mese di giugno 2004 si è svolta presso l'Istituto degli Innocenti a Firenze una formazione per le rilevatrici e i coordinatori regionali allo scopo di illustrare i vari aspetti dell'indagine, in particolare esporre gli obiettivi cognitivi, la rilevanza scientifica e sociale dell'iniziativa intrapresa e – sul versante più tecnico – presentare gli strumenti di rilevazione, approfondirne gli aspetti più problematici attraverso un test di autocompilazione, spiegare le condizioni e le modalità d'intervista e verificare e accordare l'intervento delle rilevatrici in modo appropriato alla delicatezza del contesto e agli interessi della ricerca.

Nell'approccio telefonico finalizzato a fissare l'appuntamento per lo svolgimento dell'intervista, è stato chiesto alle ricercatrici di attenersi a un registro comunicativo rassicurante, fornendo informazioni generali sui contenuti della ricerca e sull'ente committente. Una particolare cura doveva essere prestata a rendere stimolante l'adesione all'iniziativa, sottolineando l'importanza dell'indagine a livello nazionale, nonché la necessità e il valore del contributo dell'interlocutrice. Essa doveva essere rassicurata anche sull'anonimato delle informazioni raccolte, destinate a essere elaborate in modo aggregato a livello nazionale.

A conclusione della formazione sono stati consegnati gli strumenti di rilevazione da utilizzare per la rilevazione.

L'andamento dell'indagine sul campo, partita a luglio, è stato diversificato. Ci sono state, infatti, rilevatrici che hanno avuto più facilità a superare le difficoltà che la ricerca presentava, sia per il tema

trattato sia per la modalità con cui doveva essere condotta, mentre altre hanno trovato maggiori difficoltà ed è stato necessario un supporto tecnico, e in alcuni casi motivazionale, affinché non abbandonassero l'indagine.

Critico per tutte indistintamente il periodo estivo, nel quale era oggettivamente complicato rintracciare le persone e il periodo finale della rilevazione quando, avendo dei vincoli da rispettare e avendo già contattato molte persone, diventava difficile reperire soggetti da far rientrare nel campione.

Il numero di interviste che ciascuna rilevatrice era tenuta a realizzare era stato pattuito preventivamente in relazione alla disponibilità che ciascuna aveva dichiarato, cercando comunque di non assegnarne un numero eccessivo, sia per il rispetto dei tempi entro cui concludere la ricerca, sia per non creare quell'effetto "stanchezza" nella rilevatrice che avrebbe compromesso la qualità dell'indagine.

**Tavola 6 - Distribuzione delle intervistatrici nelle province e nelle regioni incluse nel campione**

Regione	Provincia	N. ricercatrici
Lombardia	Milano	9
	Bergamo	2
	Varese	3
	Lecco	1
	Pavia	3
	<b>Totale Lombardia</b>	<b>18</b>
Friuli-Venezia Giulia	Udine	2
	Pordenone	1
	<b>Totale Friuli-Venezia Giulia</b>	<b>3</b>
Toscana	Firenze	4
	Prato	1
	Grosseto	2
	Pisa	3
	<b>Totale Toscana</b>	<b>10</b>
Umbria	Perugia	2
	Terni	1
	<b>Totale Umbria</b>	<b>3</b>
Puglia	Bari	7
	Lecce	3
	Taranto	2
	Brindisi	1
	<b>Totale Puglia</b>	<b>13</b>
Calabria	Reggio Calabria	3
	Catanzaro	1
	Cosenza	2
	Crotone	1
	<b>Totale Calabria</b>	<b>7</b>
<b>Totale</b>		<b>54</b>

## 6. La campagna di rilevazione

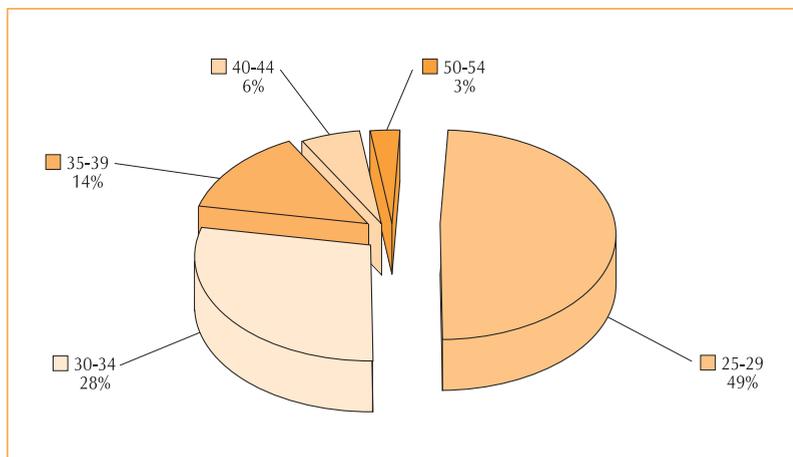
Nell'ambito della ricerca, al termine della campagna di rilevazione, si è ritenuto opportuno chiedere a ciascuna delle intervistatrici una serie di informazioni utili a descrivere la fase più delicata dell'intera ricerca, ovvero il contatto con le intervistate. Queste informazioni sono state raccolte mediante una *Scheda di valutazione generale*, composta da 5 parti. Dopo una prima sezione in cui si chiedeva una serie di informazioni generali sulle intervistatrici (titolo di studio, esperienze precedenti ecc.), nella seconda sezione si entrava nel merito del lavoro svolto (telefonate effettuate, rifiuti ecc.). La terza sezione riguardava le modalità d'organizzazione del lavoro, mentre la quarta le problematiche emerse durante la campagna di rilevazione. Nella quinta sezione, infine, era chiesto di esprimere liberamente le impressioni complessive sullo svolgimento del lavoro.

Delle 49 intervistatrici che hanno effettuato il lavoro sul campo 37 hanno fornito le informazioni richieste: una buona percentuale di risposta se si tiene conto che una parte delle intervistatrici è subentrata in corso d'opera e altre hanno fatto un lavoro di affiancamento e quindi non hanno vissuto l'esperienza per intero.

Si parla al femminile di intervistatrici perché il gruppo era formato esclusivamente da donne dai 25 ai 50 anni di età, con un'età media di poco superiore ai 30 anni (30,2), quindi mediamente giovani.

Il titolo di studio nettamente prevalente è la laurea in materie quali psicologia e pedagogia, o diplomi universitari in servizio sociale. Si comprende facilmente, allora, come l'occupazione professionale delle intervistatrici si collochi prevalentemente in ambito sociale: 13 lavorano in centri specializzati per l'assistenza a persone con particolari dis-

Figura 1 - Intervistatrici per classi d'età (distribuzione %)



agi, 7 svolgono attività libero-professionale come psicologhe, 11 sono insegnanti/educatrici o tirocinanti; in 6 casi invece si tratta di persone in cerca di occupazione.

La scelta di intervistatrici con tale tipo di preparazione universitaria e/o professionale è stata necessaria sia per il buon esito della ricerca, sia per avere buone probabilità che la persona fosse in grado di affrontare situazioni a elevato impatto emotivo che, dato il tema particolarmente delicato da indagare, potevano crearsi tra intervistata e intervistatrice.

Se, come detto, è comune a tutte le rilevatrici una preparazione di base sui temi attinenti all'oggetto della ricerca, non tutte, però, avevano precedenti esperienze di ricerca su campo.

**Tavola 7 - Intervistatrici secondo l'eventuale altra esperienza di ricerca sul campo**

<b>Esperienza</b>	<b>v.a.</b>
Prima esperienza	14
Altre esperienze	21
<i>n.r.</i>	2
<b>Totale</b>	<b>37</b>

Tuttavia, alla luce dei risultati ottenuti, non si è evidenziata in alcun modo disparità di comportamento tra le rilevatrici che potremmo definire “esperte” e quelle alla “prima esperienza”. C'è una serie di dati per cui è possibile affermare questa uguaglianza di comportamento tra i due gruppi:

- 1) nessuna significativa differenza nei tempi in cui è stata terminata la rilevazione;
- 2) nessuna significativa differenza nella qualità della compilazione dei questionari;
- 3) nessuna correlazione significativa tra l'aver esperienza di ricerca e il basso numero di rifiuti. Esito accertato tramite la verifica dell'ipotesi secondo cui le intervistatrici con più esperienza avrebbero un minor numero di rifiuti all'intervista<sup>5</sup>: ipotesi che, sottoposta a test (il test usato è il chi-quadrato), risulta confutata confermando la sostanziale uguaglianza di comportamento tra i due gruppi individuati.

<sup>5</sup> Ipotesi lecita dato che l'esperienza sul campo sicuramente rende più abili nel superare le obiezioni e le diffidenze.

La difficoltà di reperire donne in età 19-60 anni a cui sottoporre il questionario è stata comune a molte operatrici, e questa difficoltà è stata segnalata ai ricercatori del Centro nazionale che hanno coordinato e monitorato la ricerca già nel corso dello svolgimento della rilevazione.

Nelle giornate di formazione tenute a Firenze, alle intervistatrici erano state date tutte le istruzioni operative per l'estrazione dei nominativi da contattare (come specificato nel paragrafo 3), ed erano state messe in guardia sulle difficoltà che avrebbero incontrato nel fissare degli appuntamenti. Dalle indicazioni delle intervistatrici risulta che, mediamente, sono state necessarie circa 16 telefonate prima di riuscire a fissare un appuntamento, il che vuol dire che risulta particolarmente alto il tasso di telefonate con esito negativo<sup>6</sup>, pari al 93% circa.

La distribuzione delle intervistatrici secondo il numero di telefonate fatte prima di un appuntamento è la seguente:

N. telefonate	N. intervistatrici
Da 7 a 10	17
Da 11 a 20	14
Più di 21	5
<i>n.r.</i>	1
<b>Totale</b>	<b>37</b>

Alle intervistatrici è stata chiesta la ripartizione dei motivi del mancato appuntamento tra i tre ritenuti maggiormente plausibili, ovvero l'irreperibilità, il non avere le caratteristiche cercate e il rifiuto all'intervista. Mediamente più della metà degli esiti negativi (circa il 54%) è legata a un rifiuto netto dell'intervista. Per cinque rilevatrici questo motivo rappresenta l'80% e oltre degli esiti negativi, mentre per sei è inferiore al 30%. La non reperibilità dell'utente è motivo di non appuntamento in 22 casi su 100 e nel restante 24% dei casi nella famiglia dell'utente contattato non c'era una donna con un'età compresa tra i 19 e i 60 anni. Il rifiuto all'intervista, che come detto rappresenta più della metà degli esiti negativi, è motivato in vario modo: la mancanza di tempo, la diffidenza e il disinteresse sono state le motivazioni addotte al rifiuto nella quasi totalità dei casi (95% dei rifiuti). La delicatezza del tema, i problemi personali e il fatto che l'intervista fosse *face to face* sono state le altre motivazioni indicate, ma per una quota residuale di casi.

<sup>6</sup> Considerando il tasso di successo come il numero di appuntamenti fissati sul numero di telefonate necessarie per raggiungerlo e calcolato come

$$= \frac{\text{Totale interviste fissate}}{\sum (\text{n}^\circ \text{ interviste da fare} * \text{n}^\circ \text{ chiamate per fissare un appuntamento})};$$

il complemento a 1 di questo indicatore ci indicherà il tasso di insuccesso.

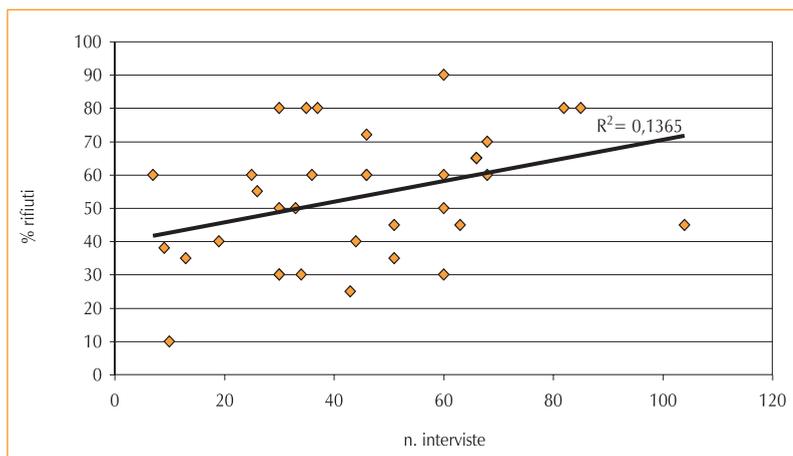
Sempre a proposito dei rifiuti, interessava capire se ci fosse qualche correlazione (positiva o negativa) tra il numero di interviste che ciascuna rilevatrice si era impegnata a fare e il numero di rifiuti. In effetti, si poteva ugualmente ipotizzare che ci potesse essere una correlazione positiva – ossia al crescere del numero delle interviste cresceva anche il numero di rifiuti a causa di quello che potremmo definire un effetto “stanchezza” – oppure negativa – e quindi al crescere del numero di interviste diminuiva il numero di rifiuti poiché cresceva l’“esperienza”.

Il diagramma a dispersione che segue e il calcolo del coefficiente di determinazione ( $R^2 = 0,1365$ ) che quantifica il livello di correlazione tra le due variabili indicano una relazione praticamente assente e quindi una forte indipendenza stocastica tra le due variabili.

Una volta fissato l'appuntamento è stato chiesto alle rilevatrici se fossero subentrati altri problemi per lo svolgimento dell'intervista. Ben 22 delle 37 rilevatrici rispondenti segnalano di avere avuto casi nei quali l'intervistata, nonostante fosse stato concordato l'appuntamento, non si è presentata per l'intervista. Fra le motivazioni menzionate per giustificare la mancata presenza all'appuntamento sono stati segnalati l'insorgere di impegni improvvisi, seguita dai problemi familiari o da ripensamenti dell'ultimo minuto. Sono, inoltre, indicati casi in cui la persona da intervistare si è resa completamente irreperibile o ha dichiarato di essersi completamente scordata dell'appuntamento.

Nella terza sezione della scheda è stato chiesto alle intervistatrici di dare alcune indicazioni sulle modalità di svolgimento del lavoro di ricerca.

**Figura 2 - Diagramma a dispersione (n. interviste per % rifiuti)**



Un primo aspetto interessante nasce dalla curiosità di capire se in alcuni particolari giorni della settimana le ricercatrici abbiano svolto un lavoro maggiormente produttivo. Le indicazioni fornite rivelano che, in realtà, non c'è stato un giorno più produttivo degli altri (indicazione espressa da 28 intervistatrici su 37); il sabato, che poteva sembrare il giorno più indicato, riceve appena cinque segnalazioni.

In quanto strettamente collegato all'indicazione del giorno della settimana, è stato indagato anche quale momento della giornata è stato maggiormente produttivo. In questo caso l'indicazione è stata piuttosto chiara poiché la quasi totalità delle intervistatrici ha affermato che il tardo pomeriggio (dalle 17 alle 20) è stata la fascia oraria nella quale sono riuscite a fissare il maggior numero di appuntamenti e, quindi, a condurre il maggior numero di interviste. Questo risultato, alla luce di quanto dichiarato sull'indifferenza relativa al giorno e all'essere una buona parte delle donne del campione occupate, era quello che necessariamente dovevamo aspettarci; se così non fosse stato sarebbe stato lecito interrogarsi sulle modalità attraverso le quali le intervistatrici avevano condotto l'indagine. Per quel che riguarda gli altri momenti della giornata, la mattina è quella che ha una leggera preferenza rispetto al primo pomeriggio e alla sera dopo cena.

Rispetto alla regione in cui è stata realizzata la rilevazione, si è cercato di capire se essa abbia rappresentato un elemento che in qualche modo ha potuto influenzare e caratterizzare le modalità attraverso le quali è stata condotta la ricerca. Al riguardo i dati non evidenziano alcun tipo di correlazione.

Un altro elemento richiesto è l'indicazione del luogo in cui prevalentemente sono state svolte le interviste: il 64% di esse si è svolto nel domicilio dell'intervistata. Il risultato è interessante se si considera la generale ritrosia delle persone ad accogliere estranei in casa e, in questo senso, deve aver contribuito in parte la bravura delle intervistatrici a dare telefonicamente un'impressione positiva all'interlocutrice e, in parte, la volontà delle persone che avevano deciso di aderire all'intervista. Per la restante quota di interviste effettuate fuori dall'abitazione dell'intervistata è difficile quantificare la ripartizione per-

**Tavola 8 - Intervistatrici secondo la quota di interviste effettuate presso il domicilio dell'intervistata**

Quota interviste presso domicilio	n. intervistatrici
0-25%	3
26-50%	6
51-75%	17
76-100%	11
<b>Totale</b>	<b>37</b>

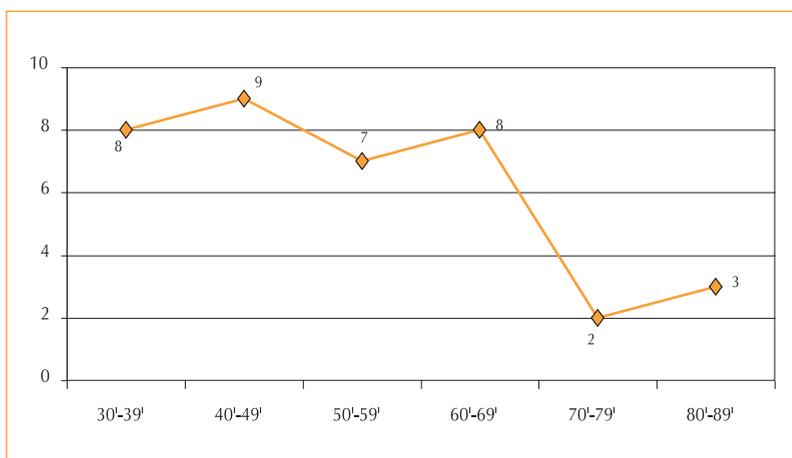
centuale dei questionari in quanto le ricercatrici potevano indicare più di un posto. Come indicazione di massima si può affermare che, come seconda opzione dei luoghi preferiti, 15 intervistatrici indicano il luogo di lavoro dell'intervistata e 14 altri luoghi pubblici non sempre ben specificati. Si tratta generalmente di posti nei quali non è assicurata la privacy, ma questo probabilmente ha rappresentato un elemento di sicurezza e ha portato a rompere la diffidenza iniziale.

La delicatezza del tema trattato e la complessità del questionario ha comportato un tempo medio di compilazione di circa 50 minuti, con un campo di variazione che va da un minimo di 30 a un massimo di 85 minuti. La distribuzione delle intervistatrici secondo il tempo medio di compilazione dichiarato è illustrata nella figura 3<sup>7</sup>.

Una relazione abbastanza significativa esiste, inoltre, tra la durata dell'intervista e il momento della giornata in cui è stata effettuata. I dati indicano che più ci si avvia nelle ore terminali della giornata e più lunghi sono i tempi dell'intervista (la sera, la media dei tempi medi indicati dalle rilevatrici supera i 60 minuti, quindi 10 minuti in più della media totale), dimostrando evidentemente una maggiore disponibilità delle persone all'intervista.

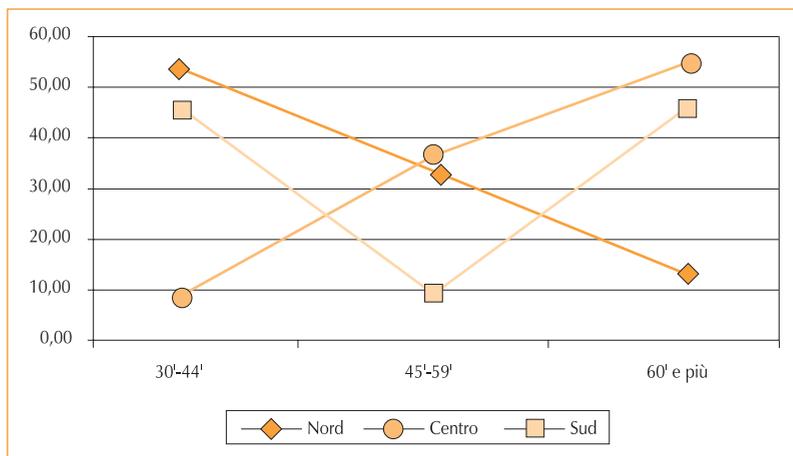
Una relazione ancor più significativa, come accennato in precedenza, si ha tra la durata dell'intervista e la regione nella quale si è svolta. Se si confrontano le distribuzioni marginali di frequenza delle

**Figura 3 - Intervistatrici secondo la durata dell'intervista (in minuti)**



<sup>7</sup> La durata dell'intervista, com'è comprensibile, è stata influenzata anche dalle risposte ad alcune domande-chiave che, se positive, richiedevano all'intervistata di rispondere anche a una serie di domande di approfondimento.

Figura 4 - Intervistatrici secondo i tempi medi di durata dell'intervista e l'area geografica in cui è stata svolta (valori %)



intervistatrici secondo i tempi medi di durata dell'intervista distinguendo tra Nord, Centro e Sud, si nota che tra le intervistatrici del Nord e quelle del Centro la situazione è esattamente opposta. In altre parole, mentre per la gran parte delle intervistatrici che hanno operato al Nord (circa il 54%) sono dichiarati tempi medi di durata dell'intervista tra i 30 e i 44 minuti con frequenze che vanno a decrescere all'aumentare della durata, per il Centro accade esattamente l'opposto. Discorso a sé per il Sud, dove le intervistatrici si concentrano nelle classi estreme di durata dell'intervista con una bassa frequenza nella classe di durata che va dai 45 ai 59 minuti.

L'ultima sezione della scheda richiedeva alle rilevatrici di esprimere liberamente le loro impressioni e le eventuali difficoltà incontrate durante la fase di rilevazione sul campo, al fine di capire quali modalità operative potrebbero essere corrette o modificate per il futuro. Da uno sguardo d'insieme, emerge soprattutto la difficoltà di trovare disponibilità nelle persone da intervistare rispettando i criteri d'estrazione delle unità di ultimo stadio. Questa modalità d'estrazione casuale dei numeri degli abbonati Telecom ha ricevuto diverse critiche, nonostante in fase di formazione fosse stata accuratamente preventivata la difficoltà di arrivare a fissare un appuntamento: come spiegato in quell'occasione, il criterio della casualità nell'estrazione dei nominativi era imprescindibile per contenere la variabilità dell'errore delle stime campionarie. Più rilevatrici hanno annotato, inoltre, che se il contatto telefonico fosse stato preceduto da una lettera di presentazione della ricerca probabilmente avrebbero potuto fissare gli appuntamenti con più facilità.

Una simile modalità non è però spendibile in maniera efficace nell'ambito di un'indagine campionaria e, benché presa comunque in considerazione già in fase di progettazione, è stata poi abbandonata per due motivi specifici:

- 1) i costi da sostenere sarebbero aumentati, a fronte di un budget già stanziato;
- 2) i tempi della rilevazione si sarebbero dilatati oltre misura a scapito dell'omogeneità della raccolta delle informazioni.

Altre indicazioni fornite sono piuttosto frammentarie e disomogenee. Alcune segnalano la difficoltà di conduzione dell'intervista *face to face* su questo tipo di temi e propongono di effettuarla telefonicamente, mentre, al contrario, altre sottolineano l'importanza di stabilire un clima confidenziale per ottenere le informazioni delicate che il questionario richiedeva.

L'impressione generale è che sia stata per tutte un'esperienza molto faticosa e impegnativa. Ciononostante, molte dichiarano di averne tratto un bagaglio d'esperienza importante e anche molto gratificante da un punto di vista umano.

## 7. L'archiviazione e la validazione dei dati

L'immissione dei dati si è realizzata attraverso un programma d'archiviazione elettronica che utilizza questionari on line. Tale programma ha permesso di incaricare persone che, avendo disponibilità di una connessione a Internet, potevano gestire il lavoro di immissione in maniera completamente autonoma pur facendo confluire i dati in un unico archivio. Questo ha consentito ai ricercatori del Centro nazionale di poter monitorare continuamente lo stato d'aggiornamento dell'archivio e la qualità dell'immissione fatta.

Conclusa la fase d'acquisizione delle informazioni sono state avviate le attività relative alla fase postcampo, ovvero specificatamente: l'editing e il controllo dei questionari, l'immissione dei dati su supporto magnetico, la codifica delle risposte alle domande "parzialmente aperte" e "aperte" (estrapolando dai testi le categorie significative per la ricerca, elaborandone la classificazione e pianificandone la formalizzazione), le operazioni di controllo sull'adeguatezza dei dati (per lo più di registrazione dell'informazione) e gli interventi di correzione degli eventuali errori o incongruenze rilevate.

Il controllo sull'affidabilità dei valori immessi nel *database* è un passaggio obbligato e irrinunciabile, poiché in qualunque momento della catena di operazioni che trasformano un'informazione in un dato è possibile compiere inesattezze: da un intervistatore che scrive sul questionario una cifra con una grafia poco chiara inducendo chi la digita a un'erronea interpretazione, al trascrivere una cifra per un'altra sem-

plicemente per svista e così via. Il controllo realizzato si è indirizzato, dunque, su più versanti. Innanzitutto si è rivolto ad accertare e identificare il sussistere o meno di “valori selvaggi” (*wild codes*), ovvero valori inseriti erroneamente che evidenziano uno stato impossibile o poco plausibile della relativa variabile. Nel contesto, per esempio essendo il campione costituito da donne appartenenti alla fascia di età dai 19 ai 60 anni, dati aventi valori uguali o maggiori a 61 oppure uguali o inferiori a 18 sono stati senza dubbio frutto di errore e come tali una volta rilevati sono stati corretti “ritornando” sui questionari corrispondenti, rileggendo il numero effettivo e digitandolo nuovamente. E allo stesso modo per valori numerici superiori a quelli predisposti, quindi assegnabili, per ciascuna modalità di ogni variabile.

Oltre alla verifica della plausibilità è stato eseguito un controllo di congruenza (*consistency check*) per individuare eventuali combinazioni implausibili, cioè dati distorti, e apporvi le dovute correzioni, come per esempio l'identificazione di donne senza alcun titolo di studio e di professione insegnante, o senza vissuti di violenza ma trovate ugualmente a esternarli a qualcuno e così via.

L'impegno e il tempo dedicati a realizzare tutti i possibili controlli di congruenza sono stati perciò alquanto consistenti, specialmente per l'impianto del questionario teso a cogliere sia fattori individuali, familiari e sociali potenzialmente condizionanti, sia l'esperienza di vita dei soggetti, sia gli esiti di eventuali traumi legati alle violenze subite e di conseguenza la mole di informazioni disponibili tra loro connesse. In quest'ambito un investimento di tempo non indifferente lo ha richiesto soprattutto il controllo delle “domande condizionate”, ovvero quelle domande per le quali il rispondere era condizionato dalla risposta fornita alla domanda precedente o da particolari condizioni di risposta indicate comunque in precedenza. Il controllo delle domande condizionate è consistito essenzialmente nel verificare – attraverso la lettura contemporanea di due o più variabili – se alla domanda in esame avevano risposto soltanto i soggetti che ne avevano titolo: in caso contrario è stato necessario apportare le dovute correzioni. Alla presenza di una risposta non attesa, essa è stata annullata; viceversa in assenza di una risposta prevista, è stato introdotto il valore di “risposta mancante”. Al contrario, nel caso in cui la mancanza della risposta fosse coerente al contesto in cui si inseriva – poiché relativa a una domanda condizionata – essa era trattata come risposta a domanda “non applicabile” e come tale annullata nel computo o gestita in maniera esclusiva nelle elaborazioni statistiche.

In tal modo, una volta compiuto il controllo complessivo, le risposte mancanti riguardano effettivamente e soltanto le mancate risposte, riflettendo quelle situazioni dove il soggetto intenzionalmente non aveva risposto (contrassegnate con “n.r.” che sta per “non risposta”); mentre le risposte assunte come mancanti si riferiscono esclusivamen-

te alle risposte alle domande condizionate (diversificate con “n.a.” che sta per “non applicabile”) e attengono, dunque, ai casi in cui certe domande non potevano essere applicate a determinati rispondenti.

## 8. La strategia d'analisi dei dati

Una volta concluse le operazioni di controllo, apportate le dovute correzioni e integrazioni e appurata l'affidabilità dei dati, prima di passare all'analisi statistica vera e propria si è proceduto a una poststratificazione attraverso il calcolo di un sistema di pesi, necessario per ottenere delle stime statisticamente corrette (la poststratificazione introduce, infatti, un aumento della variabilità delle stime<sup>8</sup>).

Con l'obiettivo di cogliere il più possibile l'intima struttura del fenomeno oggetto della ricerca e cercare di rilevarne gli elementi caratterizzanti, è stata condotta una lettura e analisi per gruppi, definiti sulla base dell'individuazione a priori di gruppi dalla popolazione in esame. Specificatamente i gruppi sono stati formati seguendo un duplice criterio: da una parte l'aver vissuto o meno esperienze pregresse di violenza e dall'altra il tipo di violenza subita. In termini tecnici: dato l'insieme  $P$  dei casi della popolazione, ciascuno dei quali caratterizzato da  $n$  proprietà, sono stati costituiti  $r$  gruppi tali che, nel rispetto del criterio prescelto, fossero tra loro distinti e omogenei al loro interno. In questi termini, ciascun caso si trova ad appartenere a uno dei gruppi elaborati e nessun caso può appartenere contemporaneamente a più gruppi: i gruppi sono mutuamente esclusivi e la loro intersezione è nulla.

Se consideriamo che le dimensioni assunte sono due e che ognuna di esse ha due stati di manifestazione possibile, quali:

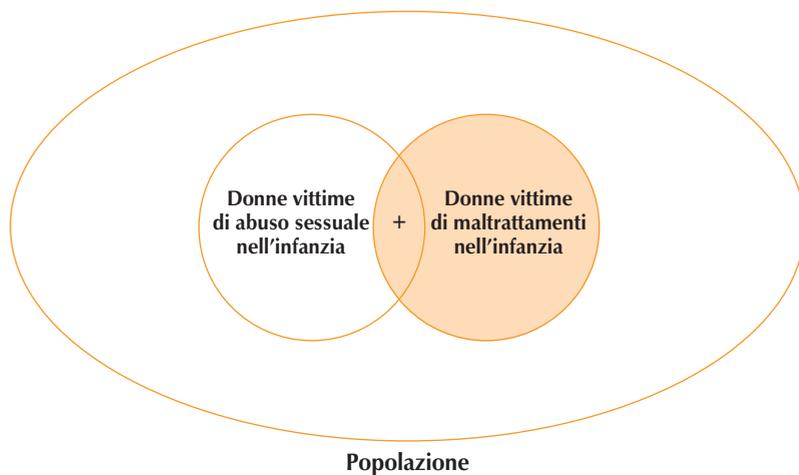
- |                                     |                  |
|-------------------------------------|------------------|
| → esperienze pregresse di violenza: | ↗ non vissute    |
|                                     | ↘ vissute        |
| → tipo di violenza subita:          | ↗ abuso sessuale |
|                                     | ↘ maltrattamento |

i gruppi che si vengono a formare (per il prodotto dei valori di ogni dimensione) sono quattro, ovvero:

- 1) nessun tipo di violenza;
- 2) solo esperienze d'abuso sessuale;
- 3) solo esperienze di maltrattamenti;
- 4) esperienze sia d'abuso sessuale sia di maltrattamenti<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Vedi paragrafo 4.

<sup>9</sup> Altresi indicato come gruppo con Esperienze sfavorevoli infantili (ESI).



La conduzione dell'analisi complessiva attraverso l'impiego di tale segmentazione permette di evidenziare quali siano le caratteristiche che contraddistinguono i casi appartenenti ai diversi gruppi o perlomeno le forme di prevalenza, e rilevare il *quid* che eventualmente li discrimina.

Nel contesto l'analisi è stata essenzialmente di natura esplorativa, ovvero indirizzata a rilevare elementi utili, presumibilmente inaspettati o ancora sconosciuti, per tracciare gli aspetti più rilevanti del fenomeno e formulare di conseguenza nuove piste di lettura, nonché nuove ipotesi per la ricerca.

Al fine di stimare il livello di gravità delle esperienze pregresse di abuso sessuale e maltrattamento, sono state costruite due scale di misura distinte, definibili per la loro natura nei termini di "scale intensive". Esse si pongono lungo un *continuum* che va – attraverso gradi intermedi – dall'assenza fino all'intensità massima di gravità. La misurazione s'incentra fondamentalmente sugli stati caratteristici della proprietà "gravità", per rilevarne l'intensità di presenza. Le grandezze delle scale sono derivate poiché ottenute da un insieme di indicatori selezionati *ad hoc*. Nel complesso ciascuna scala, una volta definita la proprietà da misurare, è stata costruita attraverso cinque fasi:

- 1) selezione di un insieme di indicatori appropriati al riguardo;
- 2) specificazione dell'utilizzo di ciascuno di essi;
- 3) determinazione del loro impiego congiunto;
- 4) applicazione dello strumento;
- 5) misurazione della proprietà "gravità" nei casi, dato lo stato relativo manifestato da essi.

L'assegnazione dei valori agli indicatori considerati è stata effettuata assumendo tutti gli indicatori ugualmente rappresentativi, rilevandone in prima istanza lo stato di manifestazione (presenza o assenza) in ciascuno distintamente e in secondo luogo in combinazione con gli altri. L'affidabilità di tali strumenti è stimabile soprattutto poiché entrambi sono il frutto di una costruzione controllabile: l'esplicitazione dei criteri e del metodo seguito ne consente, infatti, un giudizio articolato e ponderato.

### Scala di gravità d'abuso sessuale

Per la costruzione della scala di gravità dell'abuso sessuale le variabili prese in considerazione sono essenzialmente quattro:

- le forme di abuso sessuale e lo stato di manifestazione;
- l'età del soggetto al tempo dell'abuso sessuale vissuto;
- gli attori abusanti;
- l'ambiente dove l'abuso sessuale è stato perpetrato e le modalità con le quali è stato messo in atto.

La scala elaborata è costituita da quattro livelli di gravità che in ordine crescente sono: “assenza di gravità”, “lieve”, “moderato” e “grave”.



Considerando innanzi tutto gli estremi della scala: l'“assenza di gravità” si ha per tutti quei casi che non hanno vissuto alcun tipo di esperienza di abuso sessuale. La forma massima – “grave” – riguarda invece il tentativo di penetrazione e la penetrazione subita, indipendentemente dall'intensità della frequenza. “Moderato” comprende i casi che hanno subito abuso sessuale, a prescindere dalla natura (ad esclusione però del tentativo di penetrazione e della penetrazione, assunti di per sé come gravi):

- nella prima o nella seconda infanzia;
- oppure da parte di almeno uno degli adulti significativi quale il padre, la madre, il convivente del padre, il convivente della madre, nonni, religiosi o insegnanti/educatori;
- oppure con l'imposizione del segreto, con la violenza, oppure le lusinghe o la minaccia;
- oppure nel contesto di rituali magici o religiosi.

Scala di gravità  
del maltrattamento

Il livello “lieve” include tutte le altre situazioni in cui sono stati subiti atti ascrivibili a forme d’abuso sessuale, e che non rientrano nelle categorie precedenti.

Per la costruzione della scala di gravità dei maltrattamenti le variabili prese in considerazione sono essenzialmente tre.

- 1) Alcune manifestazioni “gravi” delle forme di maltrattamento considerate, quali:
  - a) l’assenza di cure in caso di malattia;
  - b) l’aver assistito a modalità conflittuali violente fra i genitori (“ho assistito a liti verbali con aggressioni fisiche tra i miei genitori”);
  - c) l’aver riportato traumi a seguito di percosse familiari (“a seguito di percosse ricevute in famiglia ho riportato traumi fisici e ho avuto bisogno di cure mediche”);
  - d) l’aver assistito in famiglia a molestie sessuali o violenze (“ho assistito a molestie sessuali o violenze su altri familiari adulti o minori”);
- 2) Specifiche modalità comunicative utilizzate in famiglia.
- 3) La presenza di problemi rilevanti nei genitori o nei fratelli.

La scala elaborata, come la precedente, è costituita da quattro livelli di gravità che in ordine crescente sono: “assenza di gravità”, “lieve”, “moderato” e “grave”.



Rifacendosi in primo luogo agli estremi della scala, si evidenzia che: l’“assenza di gravità” si ha per tutti quei casi che non hanno vissuto alcun tipo di esperienza di maltrattamento. La forma massima – “grave” – riguarda invece quei casi che hanno subito tre su quattro delle modalità selezionate, indipendentemente dall’intensità della frequenza.

Il livello “moderato” comprende i casi che hanno subito:

- almeno due delle quattro modalità di maltrattamento considerate ma “spesso” o “sempre”;
- oppure due delle quattro modalità di maltrattamento considerate e con genitori e/o fratelli con problemi rilevanti;

- oppure due delle quattro modalità, “qualche volta” e in un ambito familiare dove erano presenti specifiche modalità comunicative.

Infine, il livello “lieve” include tutte quelle situazioni che, pur non rientrando nelle categorie precedenti, riflettono comunque esperienze di maltrattamento nelle forme selezionate.

Una volta stabilite queste chiavi di lettura, si è proceduto all’analisi dei dati e alla loro organizzazione in tavole statistiche.

## 9. Stime dell'errore campionario

**Tavola 9 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute su TUTTO il campione (n = 2320)**

Percentuali sul totale (n = 2320)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±2,4%	±2,0%	0,0262	0,0220
80%	±3,1%	±2,6%	0,0392	0,0329
70%	±3,6%	±3,0%	0,0514	0,0431
60%	±3,8%	±3,2%	0,0641	0,0538
50%	±3,9%	±3,3%	0,0785	0,0659
40%	±3,8%	±3,2%	0,0961	0,0807
30%	±3,6%	±3,0%	0,1199	0,1006
20%	±3,1%	±2,6%	0,1570	0,1317
10%	±2,4%	±2,0%	0,2354	0,1976

**Tavola 10 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute sul campione delle rispondenti alle domande chiave su abuso e maltrattamento (n = 2286)**

Percentuali sul totale (n = 2286)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±2,4%	±2,0%	0,0264	0,0221
80%	±3,2%	±2,7%	0,0396	0,0332
70%	±3,6%	±3,0%	0,0518	0,0435
60%	±3,9%	±3,3%	0,0646	0,0542
50%	±4,0%	±3,3%	0,0791	0,0664
40%	±3,9%	±3,3%	0,0969	0,0814
30%	±3,6%	±3,0%	0,1209	0,1015
20%	±3,2%	±2,7%	0,1583	0,1329
10%	±2,4%	±2,0%	0,2374	0,1993

**Tavola 11 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute sul campione delle donne né abusate né mal-trattate (n = 603)**

Percentuali sul totale (n = 603)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±4,6%	±3,9%	0,0514	0,0431
80%	±6,2%	±5,2%	0,0771	0,0647
70%	±7,1%	±5,9%	0,1009	0,0847
60%	±7,5%	±6,3%	0,1258	0,1056
50%	±7,7%	±6,5%	0,1541	0,1293
40%	±7,5%	±6,3%	0,1887	0,1584
30%	±7,1%	±5,9%	0,2354	0,1976
20%	±6,2%	±5,2%	0,3082	0,2587
10%	±4,6%	±3,9%	0,4623	0,3880

**Tavola 12 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute sul campione delle donne con solo esperienze di abuso (n = 134)**

Percentuali sul totale (n = 134)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±9,8%	±8,2%	0,1090	0,0915
80%	±13,1%	±11,0%	0,1635	0,1372
70%	±15,0%	±12,6%	0,2140	0,1796
60%	±16,0%	±13,4%	0,2669	0,2240
50%	±16,3%	±13,7%	0,3269	0,2744
40%	±16,0%	±13,4%	0,4004	0,3360
30%	±15,0%	±12,6%	0,4994	0,4191
20%	±13,1%	±11,0%	0,6538	0,5487
10%	±9,8%	±8,2%	0,9807	0,8231

**Tavola 13 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute sul campione delle donne con solo esperienze di mal-trattamento (n = 1134)**

Percentuali sul totale (n = 1134)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±3,4%	±2,8%	0,0375	0,0314
80%	±4,5%	±3,8%	0,0562	0,0472
70%	±5,1%	±4,3%	0,0736	0,0617
60%	±5,5%	±4,6%	0,0918	0,0770
50%	±5,6%	±4,7%	0,1124	0,0943
40%	±5,5%	±4,6%	0,1376	0,1155
30%	±5,1%	±4,3%	0,1717	0,1441
20%	±4,5%	±3,8%	0,2247	0,1886
10%	±3,4%	±2,8%	0,3371	0,2829

**Tavola 14 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute sul campione delle donne con esperienze sia di abuso che di maltrattamento (n = 415)**

Percentuali sul totale (n = 415)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±5,6%	±4,7%	0,0619	0,0520
80%	±7,4%	±6,2%	0,0929	0,0780
70%	±8,5%	±7,1%	0,1216	0,1021
60%	±9,1%	±7,6%	0,1517	0,1273
50%	±9,3%	±7,8%	0,1858	0,1559
40%	±9,1%	±7,6%	0,2275	0,1909
30%	±8,5%	±7,1%	0,2838	0,2382
20%	±7,4%	±6,2%	0,3715	0,3118
10 %	±5,6%	±4,7%	0,5573	0,4677

**Tavola 15 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute su un sottocampione (n = 500)**

Percentuali sul totale (n = 500)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±5,1%	±4,3%	0,0564	0,0473
80%	±6,8%	±5,7%	0,0846	0,0710
70%	±7,8%	±6,5%	0,1108	0,0930
60%	±8,3%	±7,0%	0,1382	0,1160
50%	±8,5%	±7,1%	0,1692	0,1420
40%	±8,3%	±7,0%	0,2073	0,1740
30%	±7,8%	±6,5%	0,2585	0,2170
20%	±6,8%	±5,7%	0,3385	0,2841
10 %	±5,1%	±4,3%	0,5077	0,4261

**Tavola 16 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute su un sottocampione (n = 300)**

Percentuali sul totale (n = 300)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±6,6%	±5,5%	0,0728	0,0611
80%	±8,7%	±7,3%	0,1092	0,0917
70%	±10,0%	±8,4%	0,1430	0,1200
60%	±10,7%	±9,0%	0,1784	0,1497
50%	±10,9%	±9,2%	0,2185	0,1834
40%	±10,7%	±9,0%	0,2676	0,2246
30%	±10,0%	±8,4%	0,3337	0,2801
20%	±8,7%	±7,3%	0,4370	0,3667
10 %	±6,6%	±5,5%	0,6554	0,5501

**Tavola 17 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute su un sottocampione (n = 150)**

Percentuali sul totale (n = 150)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±9,3%	±7,8%	0,1030	0,0864
80%	±12,4%	±10,4%	0,1545	0,1297
70%	±14,2%	±11,9%	0,2023	0,1698
60%	±15,1%	±12,7%	0,2523	0,2117
50%	±15,4%	±13,0%	0,3090	0,2593
40%	±15,1%	±12,7%	0,3784	0,3176
30%	±14,2%	±11,9%	0,4720	0,3961
20%	±12,4%	±10,4%	0,6180	0,5186
10 %	±9,3%	±7,8%	0,9269	0,7780

**Tavola 18 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute su un sottocampione (n = 100)**

Percentuali sul totale (n = 100)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±11,4%	±9,5%	0,1261	0,1059
80%	±15,1%	±12,7%	0,1892	0,1588
70%	±17,3%	±14,6%	0,2477	0,2079
60%	±18,5%	±15,6%	0,3090	0,2593
50%	±18,9%	±15,9%	0,3784	0,3176
40%	±18,5%	±15,6%	0,4635	0,3890
30%	±17,3%	±14,6%	0,5780	0,4852
20%	±15,1%	±12,7%	0,7568	0,6352
10 %	±11,4%	±9,5%	1,1353	0,9528

**Tavola 19 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute su un sottocampione (n = 50)**

Percentuali sul totale (n = 50)	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard assoluto ( $\alpha = 0,10$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,05$ )	Errore standard relativo ( $\alpha = 0,10$ )
90%	±16,1%	±13,5%	0,1784	0,1497
80%	±21,4%	±18,0%	0,2676	0,2246
70%	±24,5%	±20,6%	0,3503	0,2940
60%	±26,2%	±22,0%	0,4370	0,3667
50%	±26,8%	±22,5%	0,5352	0,4492
40%	±26,2%	±22,0%	0,6554	0,5501
30%	±24,5%	±20,6%	0,8175	0,6861
20%	±21,4%	±18,0%	1,0703	0,8983
10 %	±16,1%	±13,5%	1,6055	1,3475

**Tavola 20 - Errori campionari corretti delle stime campionarie di alcuni valori di una distribuzione percentuale ottenute su un sottocampione (n = 20)**

<b>Percentuali sul totale (n = 20)</b>	<b>Errore standard assoluto (<math>\alpha = 0,05</math>)</b>	<b>Errore standard assoluto (<math>\alpha = 0,10</math>)</b>	<b>Errore standard relativo (<math>\alpha = 0,05</math>)</b>	<b>Errore standard relativo (<math>\alpha = 0,10</math>)</b>
90%	±25,4%	±21,3%	0,2821	0,2367
80%	±33,8%	±28,4%	0,4231	0,355.1
70%	±38,8%	±32,5%	0,5540	0,4649
60%	±41,5%	±34,8%	0,6909	0,5799
50%	±42,3%	±35,5%	0,8462	0,7102
40%	±41,5%	±34,8%	1,0363	0,8698
30%	±38,8%	±32,5%	1,2926	1,0848
20%	±33,8%	±28,4%	1,6924	1,4204
10 %	±25,4%	±21,3%	2,5385	2,1306



## Il contesto della ricerca\*

*Premessa; 1. Il contesto della ricerca: limiti informativi versus esperimenti avanzati di ricerca; 2. Quali sono i dati attualmente disponibili sulla violenza in età infantile; 3. Oltre i dati amministrativi*

### Premessa

In questo capitolo saranno presentati i principali risultati della ricerca *Percorsi di vita: dall'infanzia all'età adulta*, un lavoro quasi unico nel suo genere poiché – in considerazione delle finalità istituzionali e delle molteplici aree d'interesse che sono proprie del Centro nazionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza – si è scelto di non limitare la raccolta dei dati alle sole esperienze pregresse di violenza infantile, bensì, di ampliare lo sguardo anche alla raccolta di informazioni su altre dimensioni attinenti la formazione della personalità e dell'identità dei soggetti, quali: le relazioni familiari e affettive, i contesti scolastici e di formazione, la sessualità, la salute e il lavoro.

Prima di addentrarci nell'esame dei risultati si farà il punto sullo stato attuale delle informazioni disponibili a livello sia nazionale sia internazionale per comprendere quale sia il gap conoscitivo esistente e offrire una panoramica sulle ricerche sviluppate nel corso dell'ultimo ventennio.

### 1. Il contesto della ricerca: limiti informativi versus esperimenti avanzati di ricerca

#### 1.1. La carenza dei dati

Quali dati esistono in Italia sulla prevalenza e l'incidenza delle varie forme di abuso all'infanzia? Com'è possibile studiare i cambiamenti di un fenomeno tanto complesso che pone interrogativi di enorme rilevanza rispetto alla salute fisica, psicologica e sociale di bambine, bambini e adulti? Quali informazioni statistiche possono guidare la programmazione delle politiche sociali, sanitarie ed educative per prevenire e contrastare forme gravi o meno gravi di abuso che affliggono le bambine e i bambini nei loro contesti di vita familiare ed extrafamiliare? Purtroppo, le risposte a questi e a molti altri interrogativi che è lecito porsi attorno al fenomeno di cui si occupa la ricerca non possono che essere grandemente insoddisfacenti. Questa ricerca rappresenta il tentativo di fornire attraverso un'inda-

---

\* Donata Bianchi, sociologa, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

1.2. L'esigenza  
di un sistema  
informativo nazionale

gine retrospettiva<sup>1</sup> alcuni elementi di riflessione sulla diffusione a livello nazionale delle varie forme di maltrattamento e abuso sessuale fra la popolazione normale, nel senso di individui non preselezionati in base a particolari caratteristiche discriminanti, per esempio tossicodipendenti oppure pazienti psichiatrici.

Come si vedrà nel prosieguo, in anni recenti ci sono stati alcuni tentativi interessanti di mappare la diffusione del fenomeno grazie a ricerche effettuate su campioni di studentesse e studenti oppure di popolazione adulta, ma i dati raccolti o sono particolarmente influenzati dalle caratteristiche strutturali del campione (tipologia di soggetti, territorialità) oppure si focalizzano esclusivamente su una tipologia di abuso, in genere atti sessuali di maggiore o minore gravità.

Ma i limiti conoscitivi che influenzano negativamente una riflessione ampia e articolata sul fenomeno nel nostro Paese sono esito anche dell'assenza di informazioni quanto meno affidabili anche se non esaustive sul numero dei nuovi casi annui, così come sarebbero rilevabili, per esempio, attraverso un sistema nazionale di monitoraggio delle bambine e dei bambini segnalati e seguiti dai servizi territoriali perché ritenuti a rischio o già esposti a forme di abuso. La raccolta sistematica di dati a livello subnazionale e nazionale sui vari aspetti caratterizzanti il fenomeno della violenza all'infanzia è stata definita ormai da tempo come una buona prassi di lavoro da perseguire con tenacia e determinazione. Non a caso il *Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2003-2004* auspicava, infatti, l'individuazione di sistemi di registrazione costanti e omogenei dell'incidenza (numero casi per anno) del fenomeno dell'abuso all'infanzia in tutte le sue forme, con l'adeguata definizione di subcategorie e degli elementi caratterizzanti.

Alla costituzione di un sistema informativo nazionale sui minori in situazioni di pregiudizio è stato dedicato il progetto volto alla sperimentazione di una scheda di rilevazione dati per la creazione di un sistema nazionale di monitoraggio dei minori vittime di trascuratezza, maltrattamenti e/o abuso sessuale segnalati e/o presi in carico dai servizi territoriali, curato dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza con la partecipazione di operatrici e operatori dei servizi territoriali di tutela minori presenti in alcune aree subregionali nel Nord, Centro e Sud dell'Italia. L'esperienza maturata a

---

<sup>1</sup> L'indagine retrospettiva condotta su un campione di popolazione non specifica risponde a domande sulla prevalenza del fenomeno, ovvero alla misurazione, in un dato momento, della proporzione di individui che hanno subito un certo tipo di esperienze all'interno di una popolazione.

livello nazionale dal Centro nazionale e a livello locale dagli osservatori regionali e/o provinciali sull'infanzia ha dimostrato l'importanza di procedere a una raccolta continuativa e sistematica di dati organizzati secondo criteri e metodologie condivisi, che li rendano comparabili.

L'interesse per lo studio di questo fenomeno, come di altri che sono oggetto di politiche e programmi sociali e sanitari, risponde non solo a finalità di tipo scientifico-clinico, bensì anche a obiettivi di valutazione dell'efficacia dei programmi d'intervento predisposti dai differenti livelli di governo, delle scelte di destinazione delle risorse pubbliche nel settore e dei modelli organizzativi adottati dai servizi. In questa prospettiva, la raccolta dei dati sull'abuso all'infanzia non si pone certamente come sterile esercizio statistico, rivelandosi invece una "buona pratica" di governo, come è stato più volte raccomandato da consessi e organismi autorevoli, di livello internazionale, europeo e nazionale.

### 1.3. Le raccomandazioni degli organismi internazionali

Già nel 1991 la *Dichiarazione* e l'*Agenda d'azione* adottate a conclusione del Secondo congresso mondiale contro lo sfruttamento sessuale commerciale dei minori segnalano l'urgenza di sviluppare meccanismi di monitoraggio del fenomeno attraverso la creazione di sistemi locali e nazionali di raccolta di dati, ponendo attenzione al loro livello di disaggregazione. Su questo tema si sofferma anche il documento conclusivo della Sessione speciale delle Nazioni unite sull'infanzia tenutasi nel maggio 2002 a New York, *A world fit for children*, che include tra le misure prioritarie l'identificazione delle cause e dei fattori sottostanti allo sfruttamento commerciale dei minori e il monitoraggio e lo scambio di informazioni sul fenomeno.

Nel *Rapporto mondiale su violenza e salute* (WHO, 2002), l'Organizzazione mondiale della sanità indica otto strategie d'intervento per prevenire la violenza, di queste ben tre fanno riferimento in modo implicito o esplicito alla raccolta di dati.

- Recommendation 1 – Creare, implementare e monitorare i piani d'azione nazionali per la prevenzione della violenza.
- Recommendation 2 – Rafforzare la capacità di raccogliere dati attendibili sulla violenza, per determinare le priorità d'azione, indirizzare i programmi d'intervento, individuare, delineare i progressi fatti e svolgere funzione di advocacy (sensibilizzazione politico-istituzionale) poiché senza dati non è possibile fare pressione affinché il problema sia inserito nell'agenda politica e ottenga risposte.
- Recommendation 3 – Definire le priorità per sostenere la ricerca su cause, conseguenze, costi e misure di prevenzione della violenza.

Anche l'Unione europea sollecita da tempo gli Stati a creare sistemi di monitoraggio nazionali; nella recente decisione assunta il 21

aprile 2004 dal Parlamento europeo e dal Consiglio per l'istituzione di una seconda fase del programma *Daphne*, tra le azioni da realizzare una particolare sottolineatura è posta sullo studio delle cause della violenza e sull'elaborazione di indicatori, raccolte di dati e realizzazione di statistiche che diano spessore ai soggetti coinvolti, per esempio distinguendo le vittime per sesso ed età.

#### 1.4. Gli indirizzi nazionali

A livello nazionale, già nel documento *Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento*, predisposto nel 1998 dalla Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale, si indica come prima strategia di contrasto il «rilevamento dei dati e la mappatura delle risorse sul territorio nazionale» al fine di:

- a) far emergere il fenomeno, indagarlo e conoscerlo sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo;
- b) accertare la mappatura delle risorse disponibili nel nostro Paese in grado di dare risposte in termini di rilevamento, protezione, diagnosi e cura;
- c) realizzare ambiti per la ricerca clinica e scientifica nel campo delle metodologie d'intervento adottate nella cura del maltrattamento all'infanzia.

Solo la rilevazione sistematica e continuativa di dati qualitativi e quantitativi sull'universo complessivo dei bambini segnalati e su specifici gruppi a rischio o che presentano alti indici di gravità per il tipo di violenza subita o di danni riportati può consentire di delineare una geografia multidimensionale dell'abuso all'infanzia che aiuti a riflettere sugli obiettivi, le strategie e i risultati degli interventi adottati, o adottabili, a livello di prevenzione:

- primaria, ossia per orientare e dare contenuto alle azioni finalizzate a ridurre l'incidenza del fenomeno (cioè i nuovi casi di violenza), con il duplice obiettivo di promuovere una cultura rispettosa dei diritti dell'infanzia e di identificare le situazioni a rischio prima dell'insorgere della violenza;
- secondaria, cioè per diminuire la prevalenza del fenomeno (ovverosia la sua diffusione all'interno della società) grazie al riconoscimento precoce di quelle situazioni nelle quali si sono già manifestati i segni della violenza;
- terziaria, ovverosia per approntare gli interventi volti a ridurre i danni fisici e psicologici delle violenze, ad esempio attraverso la cura delle piccole vittime di violenza e i percorsi terapeutici e psicoeducativi di recupero delle famiglie maltrattanti.

La disponibilità di un “robusto” sistema informativo non soddisfa solo le curiosità degli statistici ma, facilitando una conoscenza maggiore dei fattori di rischio e di protezione (cioè sia di quei fattori che possono facilitare l’insorgenza di situazioni di maltrattamento e abuso e/o amplificarne gli effetti, sia di quelli che possono ridurre il rischio d’insorgenza e/o agire da elemento di contenimento degli effetti), sostiene l’azione stessa degli enti e degli operatori dei servizi di cura e tutela, dalle cui scelte dipenderà la possibilità o meno di ridurre la prevalenza del fenomeno e gli effetti a breve e lungo termine dello stesso.

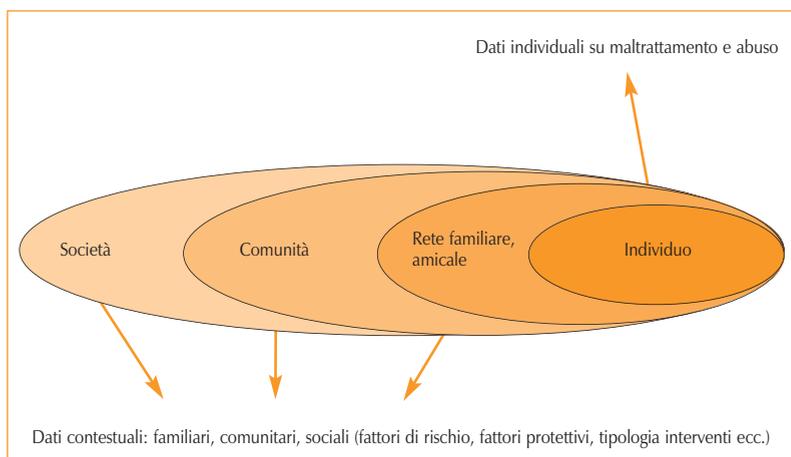
### 1.5. I modelli ecologici

Per un’interpretazione ecologica del fenomeno della violenza in età infantile, in particolare della sua eziologia e dei suoi effetti, la costruzione di un sistema informativo sul fenomeno dovrebbe, però, permettere di correlare i nostri dati specifici con altri dati e informazioni contestuali che possano rafforzare una lettura multidimensionale del fenomeno a livello individuale e collettivo, osservandone le variazioni nel tempo rispetto alle caratteristiche degli individui, degli ambienti di vita e degli interventi effettuati.

Sia Garbarino (1977) sia Belsky (1980) hanno proposto modelli ecologici che hanno informato l’approccio sistemico proposto dall’Organizzazione mondiale della salute nel *Rapporto mondiale su violenza e salute* del 2002, nel quale si pone una forte enfasi sulla necessità di disporre di dati che permettano un’analisi multidimensionale (ecologica) dell’eziologia e delle conseguenze della violenza a livello:

- individuale, per identificare sia i fattori biologici e della storia personale degli individui che influenzano il modo in cui i soggetti si comportano e aumentano il rischio che questi commettano violenza o ne diventino vittime, sia i fattori che favoriscono la resilienza;
- familiare e delle relazioni personali extrafamiliari, per indagare quali caratteristiche di tali relazioni possono accrescere il rischio di vittimizzazione o di agire in modo violento, e quali invece svolgono una funzione direttamente protettiva o di mediatori degli effetti negativi del trauma e di altri eventi stressanti che colpiscono la vita degli individui;
- sociale, per determinare le condizioni che possono favorire la violenza, come, per esempio, la disoccupazione, la contiguità con centri di spaccio della droga eccetera, e quelle che favoriscono la prevenzione ed esiti positivi in bambini vittime di abusi e maltrattamenti;
- ambientale, per ricercare quali fattori favoriscono la prevenzione primaria, secondaria e terziaria del fenomeno.

Figura 1 - Modello ecologico e raccolta dei dati



## 2. Quali sono i dati attualmente disponibili sulla violenza in età infantile

### 2.1. Le fonti e loro limiti

In genere, i dati conoscitivi disponibili provengono da varie fonti suddivisibili in due principali categorie.

#### A) Sulle violenze in atto o nuovi casi annui (incidenza):

- statistiche ufficiali esito dell'attività amministrativa e operativa ordinaria dei settori sociale, sanitario e giudiziario;
- indagini su campioni dei casi segnalati a centri specializzati o a un campione di servizi rappresentativo delle strutture di tutela esistenti all'interno di una determinata area territoriale;
- indagini indirette su campioni di testimoni-chiave, finalizzate a indagare la dimensione percepita del fenomeno.

#### B) Sulla diffusione del fenomeno (prevalenza):

- ricerche su campioni di specifiche popolazioni a rischio (tossicodipendenti, prostitute, pazienti psichiatriche ecc.);
- indagini retrospettive su campioni di popolazione "normale" adulta o minore per indagare esperienze pregresse di abuso.

La ricerca che qui presentiamo appartiene alla tipologia delle indagini retrospettive poiché la rilevazione degli eventi di maltrattamento e abuso subiti è avvenuta attraverso interviste a donne adulte cui è stato chiesto se rientrava nella loro sfera d'esperienza anche l'aver vissuto situazioni configurabili come forme specifiche di abuso all'infanzia, in questa sede re-interpretate come "esperienze sfavorevoli infantili", cioè situazioni negative più o meno croniche che modifica-

no un ideale percorso evolutivo sul piano sia personale sia relazionale (Felitti *et al.*, 2001)<sup>2</sup>.

Si stima che un numero considerevole di casi non giunga all'attenzione dei servizi sociali e delle istituzioni di tutela. A livello nazionale esistono statistiche solo su quelle situazioni che si trasformano in denuncia all'autorità giudiziaria, con l'apertura di un procedimento penale, o in segnalazione civile presso il tribunale per i minorenni. Sono dati che delineano la punta dell'iceberg di un fenomeno che rimane poco conosciuto nelle sue dimensioni quantitative per almeno tre ordini di fattori:

- gli eventi tendono a rimanere sconosciuti a causa delle dinamiche stesse che li rendono possibili (imposizione del segreto, per esempio) o che essi stessi generano (vergogna, paura);
- sussistono ancora oggi difficoltà di rilevazione determinate dall'inadeguata formazione e dalla scarsa attenzione culturale da parte degli operatori;
- molte segnalazioni attivano provvedimenti amministrativi che non portano al coinvolgimento di autorità giudiziarie.

In Italia i dati sui nuovi casi annui soffrono prima di tutto dell'assenza appena ricordata di un sistema che dia conto di quanti sono i bambini a rischio evolutivo a causa di "abusi" e seguiti dai servizi territoriali di tutela minori, cioè da quei servizi che più di altri intercettano il disagio di bambini e famiglie connesso a situazioni di maltrattamenti e abusi a prescindere dal fatto che il loro intervento si trasformi o meno in una segnalazione all'autorità giudiziaria. Ci sono, poi, le carenze esistenti nei criteri di organizzazione e classificazione delle informazioni basati essenzialmente sul conteggio dei provvedimenti giudiziari oppure sulla definizione giuridica dei comportamenti in termini di fattispecie di reato. Sui maltrattamenti fisici o psicologici, per esempio, non sono disponibili informazioni di tipo quantitativo né di fonte sociale né di fonte giudiziaria; l'unico dato esistente, come sarà illustrato tra breve, è quello sul reato di maltrattamenti familiari e contro fanciulli, che le statistiche giudiziarie forniscono aggregato senza permettere di distinguere, per esempio, se la vittima è maggiorenne o minorenne.

A monte della carenza di informazioni quantitative e qualitative omogenee esiste dunque un difetto concettuale di base derivante dal concentrare l'attenzione sul provvedimento o sull'atto amministrativo piuttosto che sul soggetto coinvolto, sia esso vittima o autore del rea-

---

<sup>2</sup> Per la definizione di "esperienze sfavorevoli infantili" si rimanda al primo capitolo.

to. Quando esistono statistiche nazionali sufficientemente consolidate, queste sono elaborate secondo criteri che fanno scomparire i soggetti: i bambini, in particolare, rimangono invisibili. Si tratta di un problema che non interessa esclusivamente l'Italia, ma ciò non può certo consolare (Bianchi, 2006).

Alcune Regioni hanno cominciato a muovere i primi, sostanziali passi verso la creazione di sistemi informativi centrati sul bambino piuttosto che sull'attività amministrativa. Si tratta di iniziative pilota cui guardare con interesse poiché l'affermarsi di un'attenzione all'infanzia rispettosa dei principi e delle norme sanciti nella Convenzione dei diritti del fanciullo del 1989 non può prescindere dall'abbandono di una visione adultocentrica nell'osservazione dei fenomeni sociali, in sintonia con quanto richiesto sia dall'art. 4 della Convenzione stessa – che richiede a ogni Stato che l'abbia ratificata di adottare tutti i provvedimenti legislativi, amministrativi e altri necessari per attuare i diritti in essa – sia dall'art. 44 nel quale si prevede che gli Stati sottopongano al Comitato sui diritti del fanciullo rapporti periodici sui provvedimenti che essi avranno adottato per dare effetto ai diritti riconosciuti nella Convenzione e sui progressi realizzati per il godimento di tali diritti (Bianchi, Ciccotti, Ricciotti, 2006).

## 2.2. Le varie forme di violenza: come si compone il puzzle?

Per quel che concerne la distribuzione delle diverse forme di violenza, i dati raccolti provengono essenzialmente da studi su piccoli campioni. Attraverso il lavoro di un gruppo di studio attivo all'interno del Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia (CISMAI) su 1088 casi trattati da dodici servizi pubblici e privati nel 1997, si segnalava che il 18,26% dei bambini aveva subito rilevanti forme multiple di violenza, il 16,27% di trascuratezza, il 14,15% di situazioni a rischio e il 33% forme di abuso sessuale. L'alta incidenza dell'abuso sessuale, pari al 33% dei casi, era dovuta alla presenza di centri altamente specializzati in questo settore tra quelli che avevano fornito i dati di base. Le azioni di abuso sessuale sono in maggioranza qualificabili come atti di libidine (carezze, esibizionismo) (50%), rapporti sessuali (35%), e in misura minore atti di libidine reiterata, violenza sessuale assistita, induzione alla visione di materiale pornografico (2%). Ben il 36% dei bambini era stato precedentemente segnalato per la violenza subita, un'informazione che trova una conferma indiretta anche nel fatto che solo il 22% dei bambini è stato vittima di violenza per un periodo inferiore ai sei mesi. Alcuni dei bambini erano già noti ai servizi o perché seguiti in passato (6,9%) o perché attualmente in carico per motivi di altra natura (38,6%) (Di Blasio *et al.*, 1999).

L'Azienda sanitaria di Varese è impegnata da anni nella raccolta sistematica di schede-bambino con dati dettagliati sull'abuso sofferto, le caratteristiche del nucleo familiare e gli interventi (Ceriotti, Cese-

rani, Premoli, Tagliaferro, 2004). Dall'analisi dei dati ottenuti in questi anni emerge al primo posto (un terzo dei casi) il maltrattamento multiplo; seguono la trascuratezza con una percentuale di poco inferiore (31%), la violenza assistita (13%), l'abuso sessuale e il maltrattamento psicologico (8% entrambi), il maltrattamento fisico (4%) e l'ipercura (1%).

Putnam (2003) ha rivisto tutti gli articoli in lingua inglese pubblicati dopo il 1989 che contengono dati empirici sull'abuso sessuale all'infanzia. I risultati indicano che l'abuso sessuale costituisce approssimativamente il 10% di tutti i casi di maltrattamento infantile, con una prevalenza media del 16.8% per la popolazione femminile e del 7.9% di quella maschile.

Tra le varie forme di *child abuse*, l'**abuso psicologico** è quello che riceve minore attenzione da parte degli operatori e degli studiosi, anche in conseguenza di una maggior difficoltà di specificazione e rilevazione.

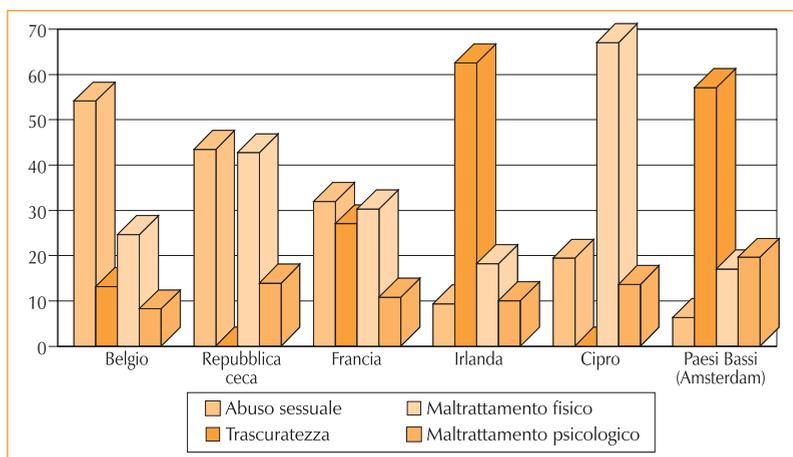
La **trascuratezza**, definita come carenza di cure materiali e affettive, costituisce una forma di abuso che condivide con tutte le altre la difficoltà di apprezzamento circa la sua dimensione, stante la mancanza di dati e una forte eterogeneità a livello mondiale nella sua specificazione come comportamento sanzionato dalla legge. Nondimeno, le informazioni accessibili rappresentano questo fenomeno come la **forma più diffusa di abuso all'infanzia**: in USA, secondo il *National Child Abuse and Neglect Data System* del Children's Bureau of the U.S. Department of Health and Human Services (che raccoglie le segnalazioni pervenute ai servizi statali di protezione dell'infanzia), essa riguarda il 60% dei minori segnalati ai servizi di protezione dell'infanzia; in Canada, uno studio nazionale sui casi di disagio e abuso all'infanzia segnalati ai servizi sociali ha indicato che il 19% riguardava situazioni di trascuratezza fisica, il 12% di abbandono, l'11% di trascuratezza affettivo-educativa e il 48% incidenti attribuibili alla carenza di cure e di attenzione da parte dei genitori.

I **tassi di prevalenza** calcolati a partire dai dati ufficiali sembrano ben lontani dai risultati di alcune ricerche di carattere epidemiologico o dalle informazioni ricavabili da quei Paesi che hanno registri nazionali dei minori seguiti dai servizi sociali in quanto esposti a situazioni di rischio o vittime di mal-trattamenti. Una ricerca epidemiologica sulla popolazione del Veneto condotta molti anni fa per analizzare i problemi sociosanitari di bambini e adolescenti utilizzando come fonte le informazioni provenienti da tutti i servizi esistenti a livello regionale quantificò che tra i bambini dagli 0 ai 15 anni la prevalenza di bambini vittime di mal-trattamenti o violenze sessuali era pari 5 casi su 1000 e l'incidenza di nuovi casi era di 0,8 ogni anno (Facchin, 1996; Brusadin, 1996). In una ricerca recente svolta presso

il 90% dei servizi ASL della Regione Lombardia per avere un quadro generale dell'entità del fenomeno nella regione, Di Blasio e Rossi (2004) hanno chiesto agli operatori d'indicare, indipendentemente dalla tipologia di violenza, il numero globale di bambini in carico ai servizi a giugno 2003, momento della compilazione del questionario: i risultati indicano che, a quella data, complessivamente il numero dei bambini in carico ai servizi delle ASL era di 9763, di cui 8573 vittime di violenza accertata e con decreto di tutela emesso dal tribunale e 1190 colpiti da forme di disagio che lasciano sospettare la presenza di abusi o violenze non ancora accertati. Comparando il numero dei minori in carico con la popolazione di bambini e adolescenti residenti in Lombardia nella stessa fascia di età 0-17 (pari a 1.439.361, rapporto ISTAT 2002, ISTAT 2005), le ricercatrici stimano un tasso di prevalenza pari a 6,8 casi su 1000, un valore peraltro leggermente sottostimato poiché i servizi delle ASL esaminati nello studio coprono solo il 90% dei Comuni.

Una recente ricognizione sui sistemi nazionali di monitoraggio sull'abuso all'infanzia realizzata nel quadro delle attività di ricerca della Rete europea degli osservatori nazionali sull'infanzia ChildONEurope (Bianchi, 2006), nei limiti dei dati disponibili e delle sottostanti discrepanze – più o meno significative – nella costruzione delle categorie di abuso considerate, offre una piccola mappa del peso relativo delle varie forme di abuso all'infanzia sul totale della popolazione minorenni segnalata per violenze ai servizi sociali territoriali.

**Figura 2 - Incidenza delle varie forme di abuso all'infanzia nelle statistiche sociali, anno 2002**



Fonte: Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, ChildONEurope

In Irlanda e nei Paesi Bassi la trascuratezza prevale nettamente su tutte le altre forme di disagio osservate nei bambini presi in carico dai servizi, invece in Belgio, Francia e Repubblica ceca è l'abuso sessuale la forma più rilevata, un dato che, almeno per quanto riguarda il Belgio, si può in parte imputare alla presenza di una rete articolata di servizi specializzati che svolgono una funzione d'équipe di secondo livello rispetto ai servizi territoriali di base per l'infanzia.

Pur nei limiti di dati strutturalmente disomogenei, le informazioni sono state elaborate anche per ricavare alcuni indicatori da rapportare alla popolazione minorile residente nei Paesi in esame.

**Tavola 1 - Numero minori abusati per tipo di abuso ogni 10.000 minori residenti (2002)**

	Abuso sessuale	Trascuratezza	maltrattamento fisico	maltrattamento psicologico	Totale
Belgio	5,2	1,3	2,4	0,8	9,7
Repubblica ceca	11,9	0,0	11,7	3,8	27,4
Francia	4,4	3,7	4,2	1,5	13,8
Irlanda	0,5	3,3	1,0	0,5	5,3
Cipro	12,5	0,0	43,1	8,7	64,3

Fonte: Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, ChildONEurope

I dati riportati nella tavola 1 hanno un range di oscillazione che dipende ovviamente dal denominatore del rapporto, tuttavia se per Cipro e la Repubblica ceca i valori sono indubbiamente alti e lasciano ipotizzare l'influenza di fattori di tipo culturale determinati dall'uso di punizioni corporali come mezzo educativo (si veda l'elevato peso del maltrattamento fisico) e di dinamiche sociodemografiche che hanno lacerato il tessuto sociale e familiare amplificando il rischio di aggressività e violenza nelle relazioni (disoccupazione, disgregazione della rete sociale di assistenza e sicurezza sociale, esclusione sociale ecc.), per gli altri tre Paesi i dati si allineano a quanto riportato in letteratura entro un range che comprende anche le stime italiane.

#### *I nuovi casi annui*

I dati riportati nei registri di sorveglianza specifici attivati in alcuni Paesi europei e negli Stati Uniti segnalano un'incidenza annua oscillante tra 4 a 15 bambini su 1000. Le statistiche fornite per il 2003 dal Registro statunitense stimano un tasso di vittimizzazione infantile di 12,4 bambini su 1000. Per quanto riguarda l'Europa, i dati più continuativi si ricavano dai *Protection Register* sviluppati in Gran Bretagna come registri di "sorveglianza" dei minori presi in carico in situazioni di violenza accertate o in via di accertamento. Secondo gli ultimi dati del Protection Register dell'Inghilterra i minori "registrati" so-

no 29.500, di cui il 44% principalmente per trascuratezza, il 15% per maltrattamento fisico, il 20% per maltrattamento psicologico e il 9,2% per abuso sessuale, con un'incidenza pari a 3,3 bambini su 1000 infradiciottenni nel 2002 (DFES, 2006).

Sull'incidenza annua dei casi di abuso sessuale è attualmente in corso un ampio dibattito a livello internazionale poiché, accanto agli aumenti che si continuano a registrare in alcuni Paesi come effetto di una maggiore propensione alla denuncia e della consapevolezza più matura circa l'esistenza del problema, altri Paesi dotati di sistemi di registrazione che fanno capo al lavoro dei servizi sociali territoriali, per esempio gli Stati Uniti o l'Inghilterra, cominciano a rilevare una graduale tendenza alla diminuzione nel numero dei casi seguiti annualmente.

David Finkelhor e Lisa M. Jones hanno commentato a lungo il decremento registrato negli USA a partire dalla fine degli anni Novanta, quando i casi seguiti dai servizi sociali passarono dai 150.000 bambini vittime di abuso sessuale del 1992 ai 92.000 casi del 1999, con una diminuzione del 39% (Jones, Finkelhor, 2003; Jones, Finkelhor, Kopiec, 2001). Il decremento nei casi di abuso sessuale negli USA si colloca all'interno di una tendenza generale che però non è stata altrettanto significativa per le altre forme di violenza all'infanzia: se le segnalazioni di maltrattamento fisico sono diminuite del 29%, il numero dei casi di trascuratezza sembra invece meno modificabile poiché la flessione registrata è solo del 14%.

La forte diminuzione avvenuta nei dati sull'abuso sessuale, sia negli USA sia in altri Paesi, ha stimolato riflessioni sulle cause di tale trend che ancora proseguono tra i ricercatori. Tra le possibili cause si pensa di annoverare gli effetti positivi delle campagne di prevenzione primaria attuate a partire dagli anni Ottanta in gran parte dei Paesi occidentali; tuttavia molti professionisti e ricercatori sembrano dare maggior peso a effetti di tipo istituzionale, imputando la riduzione in parte a diversi criteri di registrazione dei casi adottati dai servizi, in parte a una maggiore cautela da parte dei servizi, che può però rivelarsi anche nefasta rispetto agli interessi del bambino per la cui protezione "si attende" di raccogliere indizi più convincenti.

### 2.3. Le statistiche giudiziarie: i maltrattamenti

Nell'area delle statistiche giudiziarie, un punto d'osservazione sulle situazioni di disagio, rischio e pregiudizio che bambine e bambini vivono all'interno degli ambienti familiari è offerto dai tribunali per i minorenni. Tra le competenze civili di questi organi giudiziari rientrano, infatti, le disposizioni in ordine alla potestà genitoriale, quali la limitazione o la decadenza di potestà se la condotta di uno o entrambi i genitori è pregiudizievole per il figlio, sino alla dichiarazione dello sta-

to di adottabilità del minore se la prognosi sulla famiglia d'origine è assolutamente negativa. All'organo spetta anche la convalida di misure straordinarie di protezione, tra cui l'allontanamento dalla casa familiare predisposto in via d'urgenza *ex art. 403 cc* quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o è allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone che per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi sono incapaci di provvedere all'educazione del minore. Ma questi dati ci parlano dei provvedimenti, non dei bambini che ne sono al centro.

**Tavola 2 - Provvedimenti d'urgenza emessi dai tribunali per i minorenni a protezione del minore - Anni 1999-2002**

1999			2000			2001			2002		
Provvedimenti urgenti	Di cui per allontanamento		Provvedimenti urgenti	Di cui per allontanamento		Provvedimenti urgenti	Di cui per allontanamento		Provvedimenti urgenti	Di cui per allontanamento	
	v.a.	%									
10.450	3.079	29,5	12.367	3.798	30,7	9.282	1.796	19,3	9.556	1.565	16,4

Fonte: ISTAT, *Statistiche giudiziarie civili*

Nell'andamento recentemente decrescente dei provvedimenti d'urgenza, una quota significativa di tale riduzione è da attribuirsi al dimezzamento di quelli che prendono la forma di allontanamento del minore dalla famiglia d'origine. Poiché si tratta di una misura che mira a proteggere prontamente un minore, interrompendo una situazione di grave pregiudizio in atto, i numeri rappresentano le situazioni nelle quali le esperienze infantili sfavorevoli sono più gravi.

Per quanto riguarda i mal-trattamenti, rimane in ogni caso del tutto impossibile conoscere quanti bambini sono esposti a situazioni di trascuratezza, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico o violenza assistita. Come accennato in precedenza, i dati danno conto del numero dei delitti, non delle vittime: è uno iato grave, poiché si tratta di comportamenti sempre più segnalati all'autorità giudiziaria, come mostrano i dati sulle denunce per il reato di mal-trattamenti in famiglia e contro fanciulli<sup>3</sup>, in costante crescita negli anni recenti, con un'accelerazione a partire dall'anno 2000 che porta a più di un raddoppio dei delitti oggetto dei procedimenti tra 1996 e 2002, che passano da 2290 a 4669. Guardando alle ricerche disponibili in Italia,

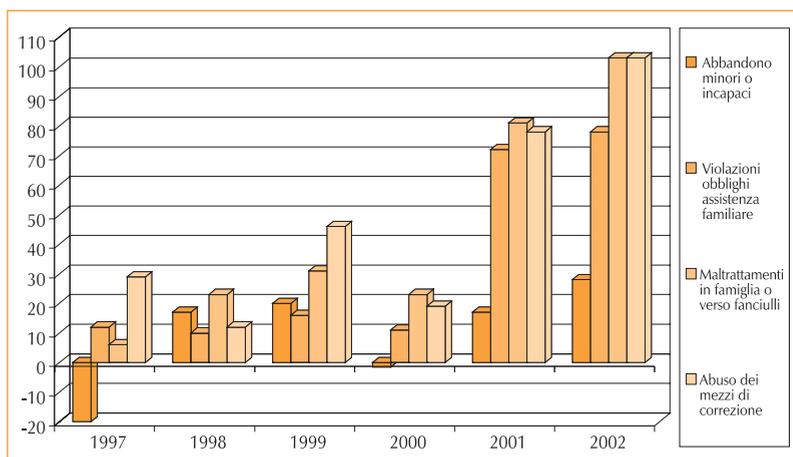
<sup>3</sup> Nella nozione giuridica di mal-trattamenti rientrano i fatti lesivi dell'integrità fisica o della libertà o del decoro e dignità della vittima.

da un'indagine di Bardi e Borgognini-Tarli (2001), condotta con un questionario autocompilato somministrato a 2388 genitori di bambini degli asili e delle scuole pubbliche toscane per rilevare i mal-trattamenti perpetrati sui propri figli, si osserva un'incidenza di mal-trattamenti fisici "gravi" (percosse con oggetti, ferite, fratture) pari a 83 su 1000 e di violenze "lievi" (schiacci, strattoni, in alcuni casi un episodio singolo) di 768 casi su 1000.

Ma questo è solo uno dei reati che segnalano un forte disagio nelle relazioni familiari, anche altre fattispecie hanno avuto un aumento di segnalazioni all'autorità giudiziaria: abbandono di minori o incapaci, violazione degli obblighi di assistenza e abuso dei mezzi di correzione. Peccato che anche in questo caso niente è dato conoscere sui soggetti che ne sono interessati.

Al centro degli interventi di assistenza e di protezione da parte dei servizi territoriali sono anche le migliaia di minori ospiti in strutture socioassistenziali ed educative, istituti, comunità di accoglienza, comunità terapeutiche ecc. Questi erano 23.825 nell'anno 2000, di cui 12.421 maschi e 11.404 femmine, un numero che ha registrato una diminuzione di 4323 unità rispetto al 1999. Eccetto i casi di minori accolti in strutture di cura e terapeutiche oppure per procedure penali o in custodia alternativa, situazioni di trascuratezza e mal-trattamenti si celano dietro le classificazioni delle motivazioni per l'allontanamento dalla famiglia, forse troppo genericamente "etichettate" come problemi relazionali, economici e abitativi interni al nucleo familiare d'origine (70% dei casi).

**Figura 3 - Andamento dei numeri indice dei reati contro la famiglia (anno base = 1996)**



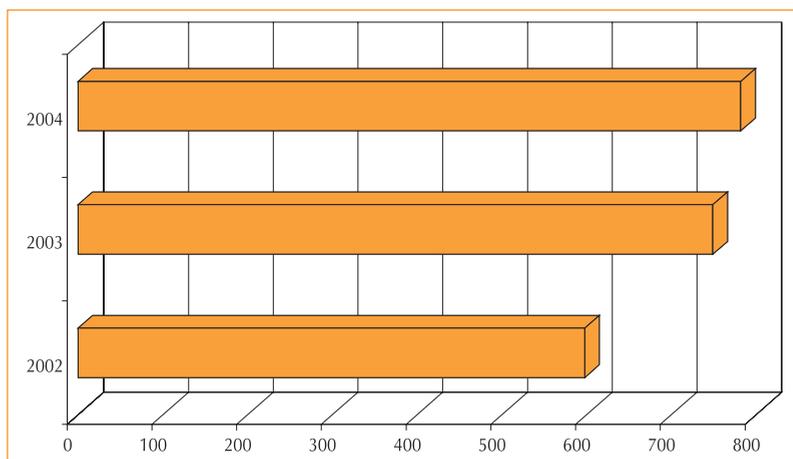
Fonte: Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza su dati ISTAT

## 2.4. Le statistiche giudiziarie: gli atti sessuali

Sono, invece, meno indeterminate le informazioni che riguardano i reati di tipo sessuale riconducibili alle fattispecie di reato disciplinate dalle leggi n. 66/1996 e 269/1998. In questo caso, infatti, è possibile sapere non solo quanti reati sono stati denunciati, ma anche chi sono le vittime e nel caso delle forme normate dalla legge 66/1996 – grazie a una particolare sensibilità del Ministero dell'interno – sono accessibili anche elementi conoscitivi aggiuntivi riferiti al tipo di legame esistente tra vittima e autore. I minorenni segnalati all'autorità giudiziaria in quanto vittime dei reati sessuali introdotti dalla legge 66/1996 sono passati da 598 a 782 del 2004, con un aumento percentuale nel periodo considerato pari al 30%.

Di questi minori si sa che la maggior parte ha cittadinanza italiana; in relazione all'età prevalgono i preadolescenti e gli adolescenti e, dal

**Figura 4 - Minori vittime di violenze sessuali per i reati introdotti dalla legge 66/1996**



Fonte: Ministero dell'Interno

**Tavola 3 - Distribuzione per relazione dell'autore con la vittima. Italia, anni 2000-2004**

	2000	2001	2002	2003	2004
Relazione intraspecifica (autore che conosce la vittima)	76,4	50,1	82,6	90,8	82,7
Relazione extraspecifica (autore che non conosce la vittima)	23,6	49,9	17,4	9,2	17,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministero dell'Interno

punto di vista della distribuzione per sesso, rimane alto il numero di bambine vittime, pari al 70% del totale dei minorenni segnalati. La maggior parte delle violenze avviene all'interno di una relazione di conoscenza e di fiducia tra l'autore e la vittima (relazione intraspecifica), una categoria nella quale si colloca oltre l'80% dei delitti segnalati a partire dall'anno 2002.

Il tasso medio annuo dei minori vittime di violenze sessuali (anni 2002-2004) risulta pari a 7,2 ogni 100.000 minori residenti in Italia, un dato fortemente più basso di quelli stimati in letteratura.

### 3. Oltre i dati amministrativi

In questo paragrafo si riassumono a grandi linee i principali formati di ricerca evolutisi in questo settore. I risultati del lavoro di tante studiose e studiosi rendono giustizia dell'indifferenza e dello scetticismo che accolsero gli esiti dell'impegno di un loro precursore: Ambrosie Tardieu, il medico legale francese che per primo studiò e descrisse in modo sistematico ed *evidence based* le varie forme di maltrattamento e abuso all'infanzia e le drammatiche conseguenze sulla salute fisica e mentale dei bambini che ne sono vittime. Nel suo *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, pubblicato nel 1857, Tardieu esaminò 632 casi di abuso sessuale su soggetti di sesso femminile (in gran parte bambine) e su 302 maschi, descrivendo i segni fisici distinti secondo la gravità dell'abuso subito. Il maltrattamento fisico fu oggetto di un'attenta disamina nell'opera *Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants* (1860). Purtroppo, come scrive Labbe (2005), Ambrosie Tardieu fu incapace di convincere i medici del suo tempo della diffusione del maltrattamento dei bambini all'interno della famiglia. Inoltre, i suoi successori nella medicina legale non credettero ancora per molto tempo alle dichiarazioni di maltrattamento e abuso sessuale fatte dai bambini, e oltre un secolo dovette trascorrere prima che le affermazioni e gli studi di un altro medico, Henry Kempe, riuscissero a far socchiudere gli occhi dei clinici, delle istituzioni e della società davanti a una realtà tanto drammatica.

#### 3.1. Le ricerche retrospettive

Gli studi retrospettivi sono quelli che hanno consentito d'individuare dei range minimi di variabilità delle stime di prevalenza; nonostante i limiti della metodologia a essi sottesa – in gran parte connessi al rischio di un effetto distorsivo della memoria sulla capacità degli individui di riferire correttamente le esperienze del passato – è stato solo grazie a essi che si è constatata la pervasività dell'abuso sessuale (Finkelhor, 1994; WHO 2002; Hopper, 2006; Svedin, 2001). La maggior parte degli studi retrospettivi disponibili si concentra sul tema dell'abuso sessuale; solo in anni recenti i ricercatori hanno incluso nel campo d'indagine anche altre forme pregresse di maltrattamento

(Fish, Scott, 1999; Scher *et al.*, 2001; Briere, Elliott, 2003) per stimarne la prevalenza, e studiare la loro influenza specifica e la comorbidità con l'abuso sessuale nella determinazione delle conseguenze a lungo termine del trauma.

Gli esiti dei lavori di ricerca sono molto differenti tra loro (si veda lo storico articolo di Wyatt e Peters del 1986 per una discussione sulle criticità metodologiche, ma anche i più recenti Wynkoop *et al.*, 1995; Roosa *et al.*, 1998; Goldman, Padayachi, 2000), con una variabilità determinata essenzialmente da differenze nelle impostazioni di base e nelle metodologie utilizzate: composizione del campione (campioni di popolazione normale, oppure selezioni di gruppi specifici quali studentesse e studenti universitari, pazienti psichiatrici, carcerati ecc.); strumento d'indagine impiegato (questionario anonimo, intervista *face to face*, intervista telefonica ecc.); definizioni di maltrattamento e di abuso sessuale; concetto di età infantile o differenziale d'età minimo tra vittima e autore (talvolta si usa come riferimento il non aver ancora compiuto la maggiore età legale, talaltra, dove esiste, si fa riferimento a età al disotto dell'età legale al consenso a rapporti sessuali o, ancora, si adotta quale parametro di riferimento una determinata differenza di età tra l'autore e la vittima); numero di domande sull'abuso o i mal-trattamenti (Bianchi, 1997).

Per quanto riguarda l'**abuso sessuale**, i risultati di studi di tipo retrospettivo tendono a stimare che circa il 20% di donne e dal 5% al 10% di uomini abbia vissuto vittimizzazione sessuale in età minore (WHO, 2002). Un ruolo da "apripista" nel campo delle ricerche retrospettive fu svolto da Diana Russel (1983) con la sua ricerca su un campione casuale di 930 donne residenti a San Francisco. La ricercatrice indagò la prevalenza dell'abuso sessuale con o senza contatto fisico, di tipo sia intrafamiliare sia extrafamiliare. Il 38% delle donne riferì di aver subito almeno un'esperienza di abuso sessuale prima dei 18 anni, e il 28% prima dei 14 anni. Prevalevano le donne vittime di abusi extrafamiliari (32% prima dei 18 anni e 20% quando erano ancora infraquattordicenni), nondimeno coloro che lo avevano subito all'interno del contesto familiare risultarono ben il 16% delle intervistate se l'abuso era avvenuto prima dei 18 anni, e il 12% se prima dei 14 anni. Solo il 2% dei casi di abuso intrafamiliare era stato denunciato, e anche nel caso di quello extrafamiliare solo il 6% riferì che c'era stata una segnalazione alla polizia. Una donna su sei fra quelle che avevano convissuto con un secondo marito della madre era stata abusata da lui, mentre solo il 2% delle donne che erano cresciute con il padre biologico confidò che quest'ultimo era stato l'autore delle violenze. I patrigni si rivelarono essere i responsabili delle violenze più gravi (tentativi di penetrazione, stupri anali o vaginali ecc.), il 47% rispetto ai padri biologici, responsabili di abusi molto gravi nel 26% dei casi.

Una nota ricerca svolta in Inghilterra (Baker, Duncan, 1985) attraverso interviste strutturate proposte a un campione di 2019 soggetti ha rivelato che circa il 10% del campione aveva avuto almeno un'esperienza di abuso (la definizione comprendeva sia abuso con contatto fisico sia abuso senza contatto) prima dei 16 anni (12% delle donne e 8% degli uomini). In base a questi dati si stimava che quattro milioni e mezzo di adulti inglesi potevano essere stati vittime di abuso sessuale durante l'infanzia, e che più di un milione di bambini poteva essere considerato come destinato a subire una qualsiasi forma di abuso entro i 15 anni.

Una ricognizione su alcune indagini europee dedicate a stimare la prevalenza dell'abuso sessuale infantile è stata realizzata anche da Goran Svedin (2001): l'abuso sessuale vi si conferma un fenomeno sicuramente diffuso. Dal suo scritto si riproduce la tavola riassuntiva di alcuni degli elementi caratterizzanti gli studi da lui rassegnati, che permette di apprezzare il fatto che la ricerca qui presentata si allinea correttamente in termini di numerosità del campione e, come si vedrà a breve, di risultati.

**Tavola 4 - Quadro sinottico di alcuni studi europei**

Paese	Anno	Numerosità del campione	Percentuale di risposta	Incidenza su sottocampione femminile %	Incidenza su sottocampione maschile %
Svezia	1983	938	92	8	3
	1985	1002	–	7	1
	1992	1.943	92	12 (7)	4 (3)
Danimarca	1988	1.325	66	14	7
Finlandia	1991	6.870	89	8	3
Norvegia	1986	1.017	48	19	14
	1994	1.850	37	31 (13)	16 (7)
Belgio	1988	956	71	19	–
Regno Unito	1985	2.019	82	12	8
Olanda	1990	1.054	49	33	–
Irlanda	1987	500	–	7	5
	1993	421	72	11	3
Spagna	1996	1116	94	39 (20)	11 (3)
	1995	1.821	83	22	15

Fonte: Svedin, 2001. I valori tra parentesi si riferiscono all'incidenza dell'abuso con contatto fisico

Una meta-analisi di studi e ricerche condotte in Europa per stimare la prevalenza di varie forme di maltrattamento e abuso (Lampe, 2002), pur riproponendo il tema della variabilità dei dati – e, quindi, la necessità di poter arrivare a criteri minimi nel campo della ricerca – offre un quadro piuttosto serio sulla diffusione di ESI (esperienze sfavorevoli infantili) riconducibili a forme di abuso sessuale, maltrat-

tamento fisico e maltrattamento psicologico. I numeri, pur ampiamente fluttuanti, indicano che dal 6% al 36% delle femmine sotto i 16 anni e dall'1% al 15% dei maschi sotto la stessa età sono stati vittime di abuso sessuale; l'incidenza del maltrattamento fisico varia ancora più largamente, oscillando tra il 5 e il 50% secondo le definizioni e il tipo di campione utilizzato. Dalla revisione della letteratura l'autore, pur non potendo ritenersi soddisfatto da tanta variabilità nei valori delle stime, ricava peraltro delle indicazioni che risultano in linea con quanto emerge dagli studi condotti anche negli Stati Uniti. Nonostante occorra prudenza nel valutare l'ampiezza del fenomeno – data la grande variabilità dei dati – è tuttavia incontestabile che l'abuso infantile è un fenomeno ampiamente diffuso, anche attenendosi ai valori minimi registrati, e ampiamente sommerso, come si deduce dalla differenza di entità tra i casi denunciati e quelli rivelati in forma anonima.

Il confronto tra i dati ottenuti basandosi sulle interviste e quelli ottenuti basandosi sui casi denunciati ha portato alcuni esperti a stimare che la reale incidenza dei casi di abuso sessuale nei confronti dei bambini sia da 2 a 20 volte maggiore rispetto alle cifre riferite alle autorità (cfr. Kercher e Long 1991, citato in Wynkoop *et al.*, 1995).

Una criticità ancora irrisolta è la **sottorappresentazione della diffusione dell'abuso sessuale tra la popolazione maschile**. Condizionamenti culturali e imbarazzo possono indurre gli uomini a essere meno disponibili a rivelare abusi sessuali pregressi, mentre è più accettabile che una tale testimonianza sia fatta da una donna, una diversità che appare immediata dalla lettura dei dati riportati nella tavola 4, dove la prevalenza dell'abuso sessuale sul sottocampione femminile è in genere quasi il doppio di quella calcolata sulla porzione maschile. Complessivamente, le ricerche su campioni maschili rimangono ancora poco numerose; sarebbe invece molto utile capire meglio se la tendenza a non riportare abusi avvenuti in età minore sia dovuta a imbarazzo, a una successiva rielaborazione (quasi un aggiustamento culturale del vissuto) oppure a differenze nella percezione delle esperienze sessuali infantili. Come commentano Widom e Shepard (1996), questi risultati sembrano riflettere diversità di fondo nel significato che donne e uomini attribuiscono a questi comportamenti. Le differenze di genere nel riportare e percepire come abusivi alcuni eventi avvenuti nell'infanzia rispecchiano specificità nei processi di costruzione dell'identità di cui donne e uomini fanno esperienza. Alcuni atti sessuali percepiti dalle donne come sopraffazioni sessuali e abusi (essere obbligate a masturbare adulti e coetanei, subire tocamenti o masturbazione da parte di adulti o coetanei) possono

essere considerati da alcuni uomini come riti, seppur aggressivi, di passaggio dall'infanzia all'adolescenza e parte di un processo culturale di socializzazione.

La sottorappresentazione dell'universo maschile si riscontra, anche se in modo meno marcato, negli studi su gruppi specifici di soggetti. Indagini condotte su pazienti ricoverati in ospedale psichiatrico riportano percentuali di vittime di abuso sessuale che variano tra il 38% e il 54% nel caso delle pazienti donne e tra il 24% e il 39% per i pazienti di sesso maschile (Sansouet-Hayden *et al.*, 1987; Jacobson, Herald, 1990; Wurr, Partridge, 1996); più gli esiti sono gravi, più simili appaiono le storie di donne e uomini.

### 3.2. Le ricerche con soggetti minorenni

Per quanto riguarda la rilevazione sulle violenze in atto o avvenute in tempi "attuali", si stanno sviluppando tecniche d'indagine che, sempre avvalendosi dello strumento dell'inchiesta anonima, sono rivolte però a una popolazione non di adulti ma di ragazzi o addirittura di bambini, fornendo quindi l'opportunità di registrare sia le situazioni passate sia quelle ancora attuali. Dal punto di vista etico si stanno sollevando alcune questioni di opportunità e legittimità rispetto al fatto che si lasci alla sola analisi statistica la "gestione" delle rivelazioni di situazioni anche molto gravi di violenza, specialmente quando chi le conduce opera in strutture pubbliche e ricopre professionalmente un ruolo di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio, quindi una figura obbligata per legge a segnalare i reati procedibili d'ufficio all'autorità giudiziaria. Le informazioni che ne derivano confermano comunque la diffusione del problema, smentendo in particolare le statistiche giudiziarie sull'abuso sessuale, di cui testimoniano la completa inattendibilità se utilizzate per dare una stima sull'entità del fenomeno.

Finkelhor e Dziuba-Leatherman (1994), con un'indagine condotta tramite interviste telefoniche per approfondire in modo ampio il tema della vittimizzazione dell'infanzia spesso analizzato in modo frammentato a partire da specifiche forme di violenza, raccolsero informazioni direttamente su un campione di 2000 soggetti minorenni (1042 maschi e 958 femmine) di età compresa tra i 10 e i 16 anni. Dalla loro indagine risultò che almeno un quarto dei soggetti aveva subito qualche forma di vittimizzazione nell'anno precedente la ricerca, uno su otto un'aggressione fisica e in un caso su cento la violenza era stata tale che il minore aveva dovuto ricorrere a cure mediche. La tipologia più frequente era rappresentata dalle aggressioni in ambito non familiare. Riportavano atti sessuali il 3,2% delle ragazze e lo 0,6% dei ragazzi. L'importanza di questo studio è data dal fatto che i risultati portano a stimare una diffusione dell'abuso all'infanzia più ampia di quanto indicato sino a quel momento dalle statistiche uff-

ciali. Il livello di vittimizzazione ottenuto era, infatti, tre volte più alto di quello derivato dal National Crime Survey (US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 1991), pari a 5,2% per i minori dai 12 ai 15 anni.

Negli stessi anni Kelly, Regan e Burton (1991) avevano ottenuto dati più elevati attraverso uno studio condotto in Inghilterra su un campione di 1244 ragazzi dai 16 ai 21 anni: infatti ben il 59% delle femmine e il 27% dei maschi affermava di aver subito almeno un'esperienza di abuso sessuale definito in senso ampio, situazioni la cui diffusione si contraeva parzialmente prendendo in esame solo le forme con contatto fisico, riferite dal 21% delle ragazze e dal 7% dei ragazzi. In Finlandia (Sariola Uutela, 1994) un'indagine basata su un campione di 7.435 studenti dai 15 ai 16 anni otteneva percentuali di abuso con contatto fisico non troppo lontane da quelle di Kelly e colleghi: il 18% delle ragazze e il 7% dei ragazzi affermava di averlo subito da parte di un soggetto di almeno cinque anni più grande; definendo l'abuso come una situazione caratterizzata anche da coercizione, violenza e contatto genitale, le percentuali, pur non irrilevanti, si riducevano a 8% fra le femmine e 3% fra i maschi. Una ricerca svolta in Svizzera con la somministrazione di un questionario anonimo (Bouvier *et al.*, 1999) a un campione casuale di 1116 adolescenti dai 14 ai 16 anni ottiene una prevalenza pari al 10,9% per i ragazzi e al 33,8% per le ragazze utilizzando una definizione ampia di abuso sessuale (inclusiva di atti con o senza contatto fisico e intra o extrafamiliare). Nell'indagare all'interno del gruppo dei minori "abusati", i ricercatori scoprono che gli atti sessuali senza contatto fisico con un adulto (esibizionismo o altri abusi) interessano il 22% dei ragazzi e il 32% delle ragazze; l'abuso con contatto da parte di un coetaneo è riportato dal 62% dei ragazzi "abusati" e dal 38% delle ragazze; l'abuso da parte di un familiare dal 10% dei ragazzi e dal 16% delle ragazze.

In uno studio pubblicato lo scorso anno da Finkelhor e colleghi (2005) lo sguardo si allarga a includere anche le violenze che i bambini soffrono come forme di bullismo messe in atto da coetanei o altri minorenni. In questo caso l'obiettivo è valutare non tanto la diffusione di abusi da parte di adulti, bensì l'utilità e la validità di un nuovo strumento di rilevazione diagnostico-statistica, il *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ), che Finkelhor e colleghi applicano a un campione nazionale di 2030 bambini dai 2 ai 17 anni. Lo strumento registra forme di violenza subite sia all'interno sia all'esterno della famiglia da parte di coetanei o di adulti. La raccolta dei dati è avvenuta tramite intervista telefonica: con i minori dai 10 ai 17 la rilevazione è stata diretta, mentre per i bambini dai 2 ai 9 anni le interviste sono state effettuate con uno dei genitori o un altro adulto di riferimento. Dalle

statistiche finali si ottiene che ben il 71% dei minori è stato esposto ad almeno un episodio di violenza nel corso dell'ultimo anno e risulta che, in media, ogni minore è esposto ad almeno tre differenti forme di vittimizzazione sino a un massimo di 20 differenti atti abusivi. Le vittimizzazioni subite a opera di coetanei, amici o fratelli sono risultate le più frequenti (45%), le violenze intrafamiliari e quelle di tipo sessuale sono invece quelle meno riferite: 3% i mal-trattamenti fisici, 0,3% aggressioni sessuali da parte di un adulto conosciuto dal minore, 0,3% altre forme di aggressioni sessuali non specificate, 0,4% testimoni di un omicidio.

Due recenti ricerche retrospettive italiane condotte su soggetti minorenni arricchiscono ulteriormente i dati sul fenomeno delle violenze sessuali su bambine e bambini. Pellai (2003) ha realizzato a Milano un'indagine attraverso un questionario distribuito a 2939 studenti che frequentavano, nell'anno scolastico 2001-2002, il quinto anno di scuola superiore. Nella selezione di soggetti, composta per il 56,4% da ragazze e per il 43,5% da ragazzi, i ricercatori hanno rilevato una prevalenza del fenomeno pari al 15,4% dei casi totali, di cui 8,8% per i maschi e 20,4% per le femmine. Da evidenziare che i giovani intervistati nella grande maggioranza dei casi hanno dichiarato di non aver mai rivelato a nessuno l'episodio di vittimizzazione. La seconda ricerca (Zerilli *et al.*, 2002), basata su questionari somministrati a 638 studenti delle scuole superiori del Veneto (età media 18 anni), ha rilevato una diffusione dell'abuso sessuale pari al 2,8% per i maschi e al 10,8% per le femmine nella forma di abusi gravi, mentre l'abuso sessuale lieve colpisce l'11,4% della popolazione maschile e il 13,6% di quella femminile. La classificazione di gravità dell'abuso sessuale utilizzata dagli autori è costruita sul tipo di atti (Leventhal, 1998): l'abuso lieve comprende atti quali la costrizione a vedere materiale pornografico e l'essere toccati in parti intime, mentre l'abuso grave si riferisce ad atti quali la costrizione a toccare i genitali di un'altra persona, a masturbare o ad avere un rapporto sessuale.

Per quanto riguarda il maltrattamento fisico e psicologico Haj-Yahia e Ben-Arieh (2000) in un'indagine su 1640 studenti israeliani aventi un'età compresa tra i 16 e i 18 anni rilevano che circa il 38% dei soggetti è stato vittima di violenze psicologiche (insulti, denigrazioni ecc), il 32% di azioni volte a ridicolizzare e a svalutare gravemente e il 10% di aggressioni e minacce fisiche attraverso l'uso di oggetti contundenti.

Le ricerche che coinvolgono direttamente i minori confermano quindi l'estensione e l'intensità del fenomeno e chiamano gli operatori e le istituzioni a non sottostimare le violenze sessuali tra coetanei, un'esperienza molto più diffusa di quanto appaia dai dati ufficiali e da alcune precedenti ricerche retrospettive.

Per tratteggiare la diffusione di comportamenti a rischio o pregiudizievoli andando oltre i dati correnti rilevati direttamente dai bambini o dai nuclei familiari a carico dei servizi, nel 1996 Finkelhor *et al.* presentarono su *Child Abuse and Neglect* i risultati di un'indagine telefonica condotta a livello federale per indagare l'incidenza di abusi sessuali su bambine e bambini attraverso le dichiarazioni dei loro genitori. Furono realizzate 1000 interviste telefoniche su temi che riguardano modelli educativi ed eventi di abuso. Ai genitori fu chiesto se i/le loro figli/e erano stati vittime di qualche forma di abuso sessuale intra o extrafamiliare con contatto fisico (toccamenti, tentativi di penetrazione, atti sessuali completi ecc.) fossero mai accaduti ai figli dei genitori intervistati: l'1,95% dei rispondenti affermò che il proprio figlio, o figlia, aveva subito una qualche forma di abuso sessuale nel corso dell'ultimo anno e il 5,7% nel corso della vita del bambino, senza altra specificazione temporale. Tra i minori abusati, in ambedue i sottogruppi prevalevano quelli di sesso maschile, un dato del tutto contrario a quanto deriva dagli studi effettuati sui casi clinici o attraverso interviste retrospettive o ai bambini stessi. Secondo gli autori, oltre a possibili distorsioni di campionamento, questo risultato sarebbe da attribuire al fatto che, come la ricerca e l'attività clinica tendono a confermare, le ragazze hanno una maggiore probabilità dei ragazzi di aver subito abuso sessuale intrafamiliare; può quindi essere stato più difficile per i genitori intervistati rivelare fatti che riguardavano direttamente la loro famiglia. Questo aspetto sollecita varie riflessioni rispetto a quanta cautela è necessario avere negli interventi di sensibilizzazione sull'abuso sessuale che si rivolgono solo alle famiglie, la cui tendenza a non rivelare e a mantenere nascosti tali eventi è indubbiamente un ostacolo alla possibilità di fornire risorse efficaci d'aiuto a bambine e bambini. Infine, un altro dato interessante ottenuto dall'indagine fu che il 23% dei genitori (in gran parte madri) di bambini abusati rivelò di aver subito a sua volta un abuso sessuale nell'infanzia e fu verificata una maggiore probabilità che a subire abusi sessuali fossero bambini i cui genitori avevano dichiarato comportamenti qualificabili come trascuranti: lasciare i bambini a casa da soli, scarsa cura nel provvedere alla loro alimentazione, indifferenza rispetto all'abuso di alcol in presenza dei figli.

### 3.3. Le ricerche prospettive

Da alcuni anni i ricercatori più interessati a studiare l'influenza dei meccanismi della memoria sul recupero o il ricordo di eventi traumatici hanno iniziato a condurre studi di tipo prospettivo intervistando soggetti di cui è noto che sono stati esposti in passato a particolari traumi, documentati o accertati attraverso dichiarazioni da parte di terzi (genitori, amici, fratelli ecc.). Questo tipo di analisi ha cominciato ad attirare l'attenzione degli studiosi perché è una

metodologia di ricerca particolarmente efficace per capire meglio i percorsi d'insorgenza o meno degli effetti patologici dei traumi a livello fisico o psichico e può aumentare la conoscenza dei danni, delle distorsioni e della perdita di memorie traumatiche, così come accrescere la comprensione dei meccanismi che sottostanno a tali modificazioni e le loro cause. Ovviamente un'area d'elezione per questo tipo di ricerche è stata quella dei ricordi relativi a traumi da maltrattamenti o abuso sessuale. Le indicazioni fornite dalla maggior parte degli autori tendono a validare l'ipotesi che **le ricerche retrospettive sottostimino la diffusione del fenomeno** piuttosto che fornire dati in eccesso quale effetto di una tendenza al protagonismo delle persone contattate.

Linda Meyer Williams (1994) è autrice di una ricerca che rappresenta ancora una pietra miliare delle indagini svolte in questo settore. La ricerca coinvolse un gruppo di 129 donne che 17 anni prima, ancora minorenni, erano state visitate in ospedale poiché vittime di abuso sessuale. Williams trovò che all'intervista ben una donna su tre non riferiva gli abusi documentati subito nell'infanzia, tuttavia il 68% di quelle che non riportarono l'esperienza su cui la ricercatrice aveva la documentazione riferì di altri abusi sessuali subito durante l'infanzia. La studiosa rilevò, inoltre, che quanto più era stretta la relazione con il perpetratore e più giovane era la donna al momento dell'abuso, tanto maggiore era la probabilità che l'incidente non fosse (almeno apparentemente) ricordato.

In uno studio su un campione di 1196 persone di cui erano note e documentate storie di maltrattamento fisico, psicologico, trascuratezza o abuso sessuale subito nell'infanzia, si osservò che erano in particolare gli adulti che avevano subito maltrattamenti fisici quelli che avevano una maggiore probabilità di riferire circa gli eventi a suo tempo accertati. Lo studio evidenziò anche una netta differenza in base al genere delle vittime: nel gruppo dei soggetti cui era stato diagnostico in passato un abuso sessuale solo il 16% dei maschi ne fece menzione durante l'intervista rispetto al 64% delle femmine (Widom, Shepard, 1996).

Altre ricerche hanno confermato che, in proporzioni più o meno elevate, gli episodi di abuso possono essere non rilevati nel corso di interviste prospettive (Zurbriggen, Becker-Blease, 2003; Goodman *et al.* 2003) a causa di fattori distorsivi connessi a: atteggiamenti delle persone intervistate (disponibilità o meno a condividere con altri aspetti dolorosi e difficili da narrare della propria vita); tipo di strumento diagnostico utilizzato; meccanismi della memoria; caratteristiche dell'abuso; caratteristiche della risposta da parte del contesto familiare e sociale. Su quest'ultimo punto, merita segnalare che alcuni studiosi tendono a ipotizzare che traumi infantili quali

l'abuso sessuale possano essere ricordati con maggiore probabilità da coloro che in concomitanza con tali eventi riuscirono a chiedere aiuto, furono creduti e protetti e ricevettero supporto da parte della madre (Freyd, 1996 e 2003). È quindi di vitale importanza porre attenzione a non invalidare immediatamente le dichiarazioni di adulti che riportano solo eventi confusi o che percepiscono come irreali, poiché un atteggiamento d'incredulità o negazione può provocare gravi danni nelle persone che stanno affrontando faticosamente la comparsa di antiche memorie. Zurbriggen e Becker-Blease a conclusione di un puntiglioso commento statistico di alcuni studi prospettivi stabiliscono che è pericoloso basarsi solo su test statistici, talvolta incompleti o poco esaustivi, per affermare che ricordi confusivi non possono che essere indotti e quindi non sono credibili. Specialmente in questo campo è indispensabile intrecciare i commenti statistici con le risultanze cliniche e dell'intervento sul campo poiché i numeri non possono che porsi in posizione ancillare rispetto alle osservazioni di vicende umane che attivano interessi non solo individuali ma anche di tipo sociale.

La nascita di questo tipo di studi risente di corsi e ricorsi storici che hanno investito a ondate successive molti Paesi occidentali dopo che un numero inaspettato di adulti, anche personaggi molto famosi, ha iniziato a dichiarare di aver subito abusi sessuali durante l'infanzia sia all'interno della famiglia sia da parte di adulti conosciuti (si pensi agli scandali che hanno investito anche recentemente molti sacerdoti e vescovi cattolici). Molto sofferto è stato il dibattito sull'attendibilità o meno di memorie recuperate dopo periodi di parziale o totale amnesia e a lungo è stato messo in discussione il ruolo di psicologi e psichiatri nell'indurre false memorie di abusi nei loro pazienti (Loftus, 1993, 1997, 2002; Wakefield, Underwager, 1992). Ciò che gli studi prospettivi come quello di Williams indicano è l'esistenza di fattori individuali, connessi alla gravità dell'abuso, all'età del bambino al momento degli eventi e alla natura della relazione con l'abusante, che influenzano il modo in cui i soggetti registrano ed elaborano gli eventi, producendo effetti di sottostima statistica allorché si conducono indagini sia prospettive sia retrospettive.

#### 3.4. Gli studi longitudinali

Nella metà degli anni Ottanta, anche nel campo delle ricerche sulla violenza all'infanzia cominciano ad apparire i primi studi longitudinali volti a individuare sia i principali fattori di rischio e le dinamiche connesse all'insorgenza delle varie forme di maltrattamento e abuso, sia gli esiti a medio e lungo termine degli stessi. Johnson *et al.* (2001) hanno condotto uno studio longitudinale su un campione rappresentativo di popolazione composto da 793 madri allo scopo d'investigare se e quanto i comportamenti di maltrattamento verbale

e di trascuratezza emotiva e materiale da parte della madre aumentano il rischio che i figli manifestino disturbi di personalità durante l'adolescenza e in gioventù. Attraverso interviste in profondità (di tipo psichiatrico e psicosociale) con il campione delle madri e i loro figli, svolte quando questi avevano un'età media di 5, 14, 16 e 22 anni, i ricercatori hanno evidenziato che i soggetti che subiscono abusi verbali da parte della madre hanno una probabilità tre volte maggiore di sviluppare disturbi borderline, narcisistici, ossessivo compulsivi e paranoici.

Gli studi longitudinali offrono elementi conoscitivi utili sia alla clinica sia alla programmazione degli interventi e all'organizzazione dei servizi; in particolare essi permettono di avere dati su:

- i fattori individuali, familiari e sociali che aumentano il rischio di maltrattamento nelle sue varie forme;
- le conseguenze differenziali del maltrattamento secondo la sua durata, l'età del bambino, la gravità, il tipo di atti e il contesto culturale di riferimento del bambino e della sua famiglia;
- i fattori individuali, familiari e sociali che acuiscono il danno causato dalle differenti forme di violenza all'infanzia;
- i fattori che accrescono la probabilità che il bambino possa avere un'evoluzione positiva nonostante le violenze subite e altre circostanze avverse della vita;
- i punti di forza e gli elementi di criticità inerenti gli interventi attuati dai servizi e dalle istituzioni di tutela dell'infanzia.

In virtù di un'ampia esperienza in aree di ricerca sociale attigue, dall'attività degli studiosi statunitensi provengono i lavori di maggior pregio e impegno in termini di ampiezza dei campioni, investimenti economici nella ricerca e varietà di temi investigati.

Il National Data Archive on Child Abuse and Neglect e il Consortium for Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect (LONGSCAN) sono gli enti sotto il cui patrocinio o impulso sono stati realizzati o documentati alcuni dei più importanti studi longitudinali ancora in corso. LONGSCAN opera attraverso lo scambio di informazioni e la condivisione di dati provenienti da cinque differenti siti di ricerca, coordinati dall'Università del North Carolina. Il punto di forza di quest'esperienza è la condivisione tra i cinque siti di ricerca dei medesimi strumenti diagnostici e di comuni criteri e procedure di raccolta, categorizzazione, organizzazione e analisi dei dati. L'obiettivo del lavoro svolto da LONGSCAN è quello di seguire nel tempo oltre 1300 bambini e le loro famiglie sino a quando i bambini stessi diventeranno dei giovani adulti. Una valutazione completa

sullo stato dei bambini, attraverso interviste dirette con i bambini stessi, i loro genitori e i loro insegnanti, è effettuata periodicamente a 4, 6, 8, 12, 14, 16, 18, 20 anni di età dei minori coinvolti, accompagnandola con un monitoraggio annuale compiuto tramite interviste telefoniche. Le informazioni sui maltrattamenti cui questi bambini possono essere soggetti sono reperite attraverso i servizi territoriali o altre fonti informative, per esempio la scuola. Le ricerche realizzate sui campioni inseriti in LONGSCAN sono ormai numerose (LONGSCAN, 2006) e permettono di avere indicazioni *evidence-based* su molti temi di particolare interesse.

All'analisi delle dinamiche sottostanti la resilienza in bambini vittime di maltrattamenti sono dedicati alcuni utili studi longitudinali (Jungmeen, Cicchetti, 2004) che indagano: la stabilità e i cambiamenti nel tempo connessi a meccanismi di adattamento e maladattamento in bambini e adolescenti maltrattati e non maltrattati; le differenze tra minori vittime di maltrattamento che mostrano capacità di resilienza e minori che invece non hanno esiti positivi; le caratteristiche dei bambini, della relazione madre-figlio, delle famiglie e del contesto sociale che agiscono come mediatori positivi o negativi; i fattori che possono accrescere la capacità di resilienza nei bambini maltrattati.



## I principali risultati della ricerca\*

1. Un excursus tra i risultati principali della ricerca; 2. Violenze in età adulta; 3. Altri dati caratterizzanti: l'ambiente familiare, lo stato di salute

### 1. Un excursus tra i risultati principali della ricerca

Si presentano adesso alcuni dei risultati principali dell'indagine campionaria, che qui saranno commentati anche in rapporto alla letteratura nazionale e internazionale. Ulteriori approfondimenti sui profili di gravità e sugli effetti a lungo termine saranno invece esaminati nei due paragrafi successivi.

#### 1.1. Quali violenze sono state considerate

La definizione di violenza all'infanzia adottata dal Centro nazionale è quella formulata in sede di *Consultation on Child Abuse and Prevention* dell'OMS (WHO, 1999).

Questa definizione riesce a catturare un'ampia varietà di condotte di maltrattamenti e di abuso sessuale che pregiudicano il normale percorso di sviluppo di un bambino, a prescindere dalla loro intenzionalità, configurandosi come esperienze sfavorevoli infantili (ESI). Le specifiche forme di abuso all'infanzia possono caratterizzarsi in una condotta attiva (per esempio: ustioni, percosse, atti sessuali) oppure in una condotta omissiva (per esempio: trascuratezza, abbandono).

Le forme di **abuso sessuale** considerate nell'indagine sono con o senza contatto fisico<sup>1</sup>:

\* Donata Bianchi, sociologa, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

<sup>1</sup> Il costrutto concettuale di abuso sessuale è stato oggetto di un sofferto e controverso dibattito per molti anni (e lo è ancora). La definizione più utilizzata nei primi studi sull'argomento è stata quella di Schechter e Roberge (1976): «si definisce abuso sessuale il coinvolgimento di un bambino o di un adolescente, soggetto in una posizione di dipendenza e non ancora pienamente sviluppato, in attività sessuali che egli non comprende pienamente e alle quali non è capace di dare un consenso informato, o che violano tabù sociali rispetto ai ruoli familiari». Sottintesa a questa definizione di abuso sessuale è la nozione di coercizione o di squilibrio di potere tra il perpetratore e il bambino. Un altro aspetto significativo è che le intenzioni e le motivazioni dell'abusante non sono prese in considerazione (alcune delle quali sono spesso avanzate a giustificazione dei propri atti dai pedofili «ma io lo amavo», «era un modo per dimostrare attenzione e affetto»). Finkelhor e Korbin (1988) hanno proposto una definizione ancora più ampia di abuso sessuale: «si definisce abuso sessuale qualsiasi interazione sessuale tra un adulto e un minore sessualmente immaturo (la maturità sessuale è definita in termini sociali e psicologici) per fini di gratificazione sessuale dell'adulto; o qualsiasi contatto sessuale con un minore attraverso l'uso della forza, minaccia o ricompensa volta a ottenere la sua partecipazione; o qualsiasi contatto sessuale cui il minore è incapace di dare il proprio consenso in considerazione della sua età o dello squilibrio di potere e della natura della relazione con l'adulto». Questa definizione, che ha

- esibizionismo;
- molestie verbali;
- esposizione all'esibizione di materiali pedopornografici;
- toccamenti e atti di masturbazione;
- tentativi di penetrazione;
- penetrazione.

Il **maltrattamento fisico** è stato identificato mediante l'indicazione di comportamenti quali:

- punizioni fisiche ricorrenti;
- percosse con oggetti, tirate per i capelli o strattoni violenti;
- percosse con traumi.

Il **maltrattamento psicologico** è stato identificato con un unico comportamento specifico: critiche o ironie svalutanti.

La **trascuratezza materiale**:

- non chiamare il dottore o far fare visite mediche di controllo in caso di malattia;
- vestiti inadeguati alla stagione, non vigilanza sull'alimentazione.

La **trascuratezza affettiva**:

- non supporto e attenzione alle attività scolastiche del figlio da parte dei genitori;
- nessun accompagnamento nella fase dell'addormentamento;
- non condivisione di momenti di gioco tra genitore e figlio;
- affidamento a persone estranee o molto anziane.

La **violenza assistita**<sup>2</sup>:

---

inteso catturare anche forme di abuso quali la prostituzione minorile oppure l'uso di minori a fini sessuali nella pedopornografia, esclude tuttavia l'interazione sessuale, con o senza consenso, tra minorenni, un limite che invece viene superato dalla definizione elaborata in sede CISMAT (2001) che ha il merito di ricondurre alla soggettività del minore la percezione dell'abusività degli atti, come anche i danni che ne derivano «l'abuso sessuale è il coinvolgimento di un minore, da parte di un partner preminente, in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita; è un fenomeno diffuso; esso si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo; l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell'evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l'abusante) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psico-sociale, sanitario, giudiziario)».

<sup>2</sup> Per una riflessione sulla definizione della violenza assistita si rimanda al contributo di Luberti «Violenza assistita: un maltrattamento dimenticato».

- assistere a liti verbali continue tra i genitori;
- assistere a liti verbali con aggressioni fisiche tra i genitori;
- assistere a comportamenti di aggressione verbale, offese e svalutazioni nei confronti di un familiare;
- assistere a molestie sessuali o violenze su altri familiari adulti o minori.

Gli episodi di maltrattamento sono stati tutti ricondotti all'ambiente familiare poiché è in questo ambito che i bambini vivono le forme più gravi e croniche di vittimizzazione.

Le forme di violenza considerate sono state espresse attraverso specifici comportamenti (operazionalizzazione) per aumentare la capacità descrittiva delle domande. È stato, infatti, dimostrato che il numero delle domande e il loro grado di dettaglio influenza i risultati; in particolare è stata sottolineata l'importanza di proporre quesiti nei quali si descrivono comportamenti e atti piuttosto che domande generiche che utilizzano le definizioni delle classificazioni piuttosto che la descrizione di azioni concrete (Peters, Wyatt, Finkelhor, 1986; Hopper, 2006). Se si pongono domande che non riportano esplicitamente termini quali abuso o violenza si offre alle persone una maggiore possibilità di prendere il coraggio di rivelare fatti imbarazzanti senza sentirsi "etichettate" o fatti di cui non hanno ancora una piena consapevolezza.

L'operazionalizzazione delle definizioni viene in aiuto anche rispetto a un altro problema segnalato dai ricercatori: l'influenza di elementi culturali e normativi rispetto a ciò che le persone percepiscono e definiscono maltrattamento e abuso sessuale. Una recente indagine svolta da Bensley *et al.* (2004) sull'influenza di fattori culturali e di esperienze pregresse nella percezione di taluni comportamenti come abusivi o trascuranti suggerisce che coloro che hanno vissuto tali esperienze tendono con maggiore frequenza a non riconoscerli come tali, specialmente quando si tratta di punizioni fisiche, maltrattamento psicologico o di trascuratezza, anche gravi. Tra l'altro, le credenze personali e sociali influenzano il riconoscimento di taluni comportamenti e giocano un ruolo rilevante nella possibile trasmissione intergenerazionale di comportamenti abusivi: se un individuo ha fatto esperienza di un comportamento abusivo durante l'infanzia ma non lo riconosce come tale è più probabile che a sua volta possa agirlo nei confronti di altri soggetti e dei propri figli.

L'analisi<sup>3</sup> sul fenomeno è stata arricchita con l'inclusione di do-

---

<sup>3</sup> Lo strumento utilizzato (vedi il capitolo «Metodologia e organizzazione della ricerca») è stato costruito *ad hoc* per questo lavoro che si poneva obiettivi più articolati di quelli di un'indagine retrospettiva classica. Nell'elaborazione si è tenuto conto delle indicazioni

mande relative alle relazioni familiari, alle caratteristiche della coppia genitoriale e alla presenza di familiari portatori di specifiche patologie organiche, psichiatriche o di tipo sociale, che sono state inserite per raccogliere retrospettivamente indicazioni di massima sull'eventuale presenza di particolari condizioni preabuso. In specifico, la decisione di indagare molteplici sfere di vita ha permesso d'inserire nell'analisi anche informazioni riconducibili a ciò che la letteratura scientifica definisce come fattori di protezione, fattori di rischio e risorse, seguendo una prospettiva di analisi del maltrattamento e dell'abuso per meccanismi e processi (Di Blasio, 2005) che supera nettamente una lettura di tipo causale lineare del fenomeno per privilegiare un approccio dinamico nello studio delle modalità e delle dinamiche d'interazione, negative o positive, tra fattori e processi di rischio e fattori e processi protettivi, al fine di comprendere meglio la complessa eziologia degli eventi abusivi e i loro effetti nel tempo.

Come illustrato nella sezione dedicata alle «Premesse teoriche», la presenza di modalità di relazionali e comunicative disfunzionali, l'isolamento sociale, oppure la presenza di un genitore patologico sono considerate condizioni in grado di facilitare l'insorgenza di situazioni di abuso e di maltrattamento. Si è quindi cercato di individuare la presenza di tali condizioni e di utilizzarle all'interno di un'analisi multidimensionale delle informazioni relative all'abuso e ai suoi esiti (Belaise, Raffi, Fava, 2000; Vogeltanz *et al.*, 1999)<sup>4</sup>.

---

della letteratura nazionale (Luberti, 1997; Malacrea, Lorenzini, 2002) e internazionale e di molteplici strumenti diagnostici (*Child Sexual Behaviour Inventory*, Friedrich *et al.* 1992; *Index del disturbo post traumatico da stress complesso* della Herman, 1992) e di altre tecniche utilizzate nella misurazione di esperienze traumatiche infantili (per esempio il *Childhood Trauma Questionnaire*, Bernstein *et al.*, 1994; Paivio, Cramer, 2004; Scher *et al.*, 2001) nei limiti consentiti da un'indagine che doveva restare preminentemente di tipo sociologico.

<sup>4</sup> L'inclusione delle domande sulla violenza subita in età infantile all'interno di un questionario di più ampia portata ha concesso alle intervistate anche un tempo sufficiente per familiarizzare con l'intervistatrice. La scelta di condurre interviste *face to face* ha consentito di prestare maggiore attenzione all'effetto di fattori che possono inibire la rivelazione, quali la paura di stigmatizzazione, la paura di non essere credute, una bassa autostima. Il fatto stesso che la ricercatrice ponga domande esplicite su specifiche esperienze di vita, in particolare di maltrattamento e vittimizzazione sessuale può funzionare, infatti, come fattore legittimante la possibilità di parlare di certe esperienze, di condividerle con altri. Il possibile effetto distortivo prodotto da tali effetti a lungo termine dell'abuso ha costituito un vincolo molto forte nella scelta della metodologia d'indagine in considerazione della delicatezza e complessità dei temi che si è inteso affrontare. Tuttavia, metanalisi sulle metodologie impiegate nelle ricerche avvertono che il rischio più probabile non è quello di una sovrastima del fenomeno, bensì di una sottovalutazione; la comparazione tra differenti tecniche applicate allo stesso campione evidenzia più frequentemente la tendenza a sminuire gli eventi piuttosto che a enfatizzarli rispetto sia alla gravità sia alla frequenza e durata (Belaise, Raffi, Fava, 2000). Questa distorsione,

I dati<sup>5</sup> sono stati elaborati per individuare quattro gruppi di soggetti:

- 1) donne che non riferiscono alcun episodio riconducibile a forme di abuso sessuale o maltrattamenti, quindi che non riportano alcuna specifica forma di esperienza infantile sfavorevole (ESI) secondo le definizioni adottate nell'indagine: *Nessuna ESI*;
- 2) donne che riferiscono solo episodi ascrivibili a forme con o senza contatto di abuso sessuale: *Solo abuso sessuale*;
- 3) donne che riportano solo esperienze di maltrattamenti intrafamiliari: *Solo maltrattamenti*;
- 4) donne che riportano episodi sia di abuso sessuale sia di maltrattamenti: *Forme multiple di ESI*.

## 1.2. Prevalenza delle esperienze di abuso sessuale e mal-trattamenti

Non riferisce alcuna esperienza di abuso e maltrattamento il 26,4% delle donne, e questi soggetti hanno costituito il gruppo interno di controllo con il quale confrontare e verificare differenze più o meno significative nel valore assunto da talune variabili in presenza o meno di pregresse esperienze di maltrattamenti e/o abuso sessuale.

**Tavola 5 - Donne secondo il percorso di vita dichiarato**

Percorso di vita	%
Nessuna ESI	26,4
Solo abuso sessuale	5,9
Solo maltrattamenti	49,6
Forme multiple di ESI	18,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Tra le donne che riferiscono esperienze di abuso sessuale prevalgono quelle che le riportano associate a una qualche forma di maltrattamento, con un'incidenza del 18,1%, mentre sono il 5,9% quelle che denunciano solo esperienze di abuso sessuale.

Dai dati si ricava un'incidenza particolarmente elevata di esperienze riconducibili a forme lievi, medie o gravi di maltrattamento intrafamiliare (49,6% delle donne); questo risultato può essere imputato,

.....  
 come si è visto, è stata osservata anche nei risultati di alcuni studi retrospettivi su gruppi di soggetti che erano stati segnalati all'autorità giudiziaria o ai servizi territoriali perché bambini vittime di abusi sessuali: intervistati ormai adulti, quindi a distanza di 10 o 15 anni dagli eventi, circa un terzo di loro non ha riferito gli abusi subiti a suo tempo segnalati e accertati dai servizi o dall'autorità giudiziaria (Hardt, Rutter, 2004).

<sup>5</sup> Eventuali discrepanze sia nei valori assoluti dei totali di riga e di colonna sia nelle percentuali relative ai vari sottogruppi di analisi sono determinate dalla mancanza di risposte ad alcune domande del questionario.

in parte, a fattori di tipo culturale: sono infatti le donne di età più avanzata (come si vedrà successivamente) quelle che ricordano con frequenza maggiore l'aver vissuto modalità di accudimento caratterizzate da un basso livello di partecipazione e attenzione dei genitori alla vita dei figli (gioco, scuola, addormentamento ecc.) e dall'uso di punizioni fisiche come modalità educative correnti.

Soddisfatti i criteri di corrispondenza delle principali caratteristiche demografiche e di distribuzione territoriale del campione con quelle della popolazione italiana femminile dai 19 ai 60 anni, i dati raccolti permettono di stimare che il 24% della popolazione italiana femminile ha fatto esperienza di almeno una forma di abuso sessuale associata o meno a maltrattamenti prima del compimento dei diciotto anni, mentre il 49,6% ha vissuto almeno una qualche forma lieve, media o grave di maltrattamento in età minore all'interno della famiglia.

È interessante osservare che, in termini di compresenza di varie forme di ESI, il maltrattamento incide in misura maggiore rispetto all'abuso sessuale: a fronte di 100 donne che riportano almeno un evento di abuso, 75 vi associano anche forme di maltrattamento; al contrario su 100 donne maltrattate la compresenza di abuso riguarda solo 26 donne.

**Tavola 6 - Donne con esperienza di maltrattamento o abuso secondo il percorso di vita dichiarato**

Esperienza di	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di esi	Totale
Abuso	24,4	0,0	75,6	100,0
maltrattamento	0,0	73,2	26,8	100,0

Questo dato conferma quanto indicato da studi clinici e altre ricerche già discusse nei capitoli introduttivi rispetto al fatto che l'abuso sessuale sia intra sia extrafamiliare tenda a incistarsi su una condizione personale di vulnerabilità già compromessa. Come si commenterà più avanti nel testo, numerosi studi hanno mostrato l'ampia sovrapposizione tra maltrattamenti fisici, psicologici, trascuratezza e abuso (Bifulco *et al.*, 1991; Mullen *et al.*, 1996; Fergusson *et al.*, 1997; Fleming *et al.*, 1997). Mullen *et al.* (1996) hanno stimato che le donne con una storia pregressa di abuso sessuale abbiano una probabilità di essere vittime anche di maltrattamento fisico cinque volte maggiore e che sia tripla l'eventualità che riferiscano anche trascuratezza affettiva.

L'incidenza delle esperienze di vittimizzazione in età infantile mostra un andamento crescente nel passaggio dalla classe di età più bassa (19-32) a quelle via via superiori, in particolare per i maltrattamenti.

Tavola 7 - Donne secondo alcune classi d'età e il percorso di vita dichiarato

Classi d'età	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Da 19 a 32	32,6	4,4	43,8	19,2	100,0
Da 33 a 46	26,5	7,6	45,4	20,5	100,0
Da 47 a 60	22,3	5,2	57,3	15,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

In effetti, l'età appare come un fattore determinante sotto diversi e significativi aspetti.

In primo luogo, è la classe di donne più giovani quella con una maggiore proporzione di persone che non riferisce alcuna esperienza di vittimizzazione: tra i soggetti dai 19 ai 32 anni almeno 32 donne su 100 riferisce di non essere stata esposta ad alcuna forma specifica di ESI, una numerosità che si riduce di ben 10 punti percentuali passando alla classe di età dai 47 ai 60, dove solo 22 donne su 100 possono affermare di non aver subito alcuna forma di abuso o maltrattamento durante l'infanzia o l'adolescenza. Le donne più giovani risultano anche meno esposte a forme di abuso sessuale e maltrattamenti.

Le donne dai 33 ai 46 anni, se si allineano al valore medio per quanto attiene al gruppo delle donne senza alcuna ESI specifica, riferiscono invece con maggiore frequenza abusi sessuali o forme multiple di vittimizzazione, mentre l'incidenza di soli maltrattamenti è inferiore di 4,2 punti rispetto al valore medio.

Nella classe dai 47 ai 60 anni è particolarmente alta la percentuale di donne che riporta una qualche forma di maltrattamento in età infantile: 57,3% rispetto al valore generale di 49,6%. A questo proposito, come accennato in precedenza, è necessario precisare che i dati complessivi possono soffrire di un effetto distorsivo determinato dall'aver incluso tra i comportamenti a rischio forme di trascuratezza legate ad abitudini di cura, quali il giocare con i figli o accompagnarli nelle fasi dell'addormentamento, e che risentono dell'influenza di elementi di tipo culturale e sociale. Molte donne più adulte, infatti, hanno affermato che nella loro famiglia «era normale» che il padre e la madre non giocassero con i figli oppure che non dedicassero particolare cura al momento dell'addormentamento, perché «non si usava così» oppure perché «da bambini era naturale passare del tempo con i genitori aiutandoli nelle loro attività, piuttosto che viceversa». Diverso è, invece, l'andamento dei valori per l'associazione di forme multiple di ESI: in questo caso l'incidenza è inferiore di tre punti percentuali in confronto al valore medio: 15,2% *versus* 18,1%.

Rispetto al fenomeno dell'abuso sessuale, i risultati ottenuti confermano solo in parte quanto va affiorando nelle ultime ricerche re-

trospettive i cui risultati indicano un declino dell'incidenza dell'abuso sessuale nelle classi di età più giovani (Jones, Finkelhor, Kopiec, 2001; Dunne *et al.* 2003). Infatti, questo è vero solo nel confronto tra la classe di età più bassa e quella intermedia, poiché il gruppo delle donne più grandi mostra una minore esposizione rispetto a quello intermedio. Su questa risultanza ci si può chiedere se sia un dato di realtà o effetto di una maggiore ritrosia a parlare di episodi che investono l'area della sessualità.

Dunne *et al.* (2003, 2004) hanno cercato di verificare il declino nei valori di prevalenza dell'abuso sessuale all'interno della popolazione australiana attraverso un'indagine basata su interviste telefoniche a un campione casuale di 876 uomini e 908 donne dai 18 ai 59 anni, analizzando eventuali scostamenti nel valore di prevalenza all'interno delle diverse coorti di età. In effetti, i risultati suggeriscono un decremento nella diffusione delle esperienze di vittimizzazione sessuale prima dei sedici anni al diminuire dell'età dei soggetti intervistati, cosicché i ricercatori sono portati a ipotizzare un'effettiva contrazione del fenomeno nel corso del tempo.

Un recente studio irlandese (McGee, Garavan, de Barra, Byrne, Conroy, 2002) sembra confermare questo declino, ma i ricercatori avvertono anche che ciò non si traduce in una minore presenza di aggressioni sessuali ai danni di soggetti di sesso femminile poiché, al contrario, essi registrano un aumento dei tentati stupri e stupri in età adulta. Indubbiamente le conclusioni delle ricerche non sono univoche; altre ricerche, infatti, mostrano andamenti costanti nel corso del tempo o addirittura valori di prevalenza in netta crescita (Vogeltanz *et al.*, 1999). Variazioni decrescenti nel trend delle segnalazioni di abuso sessuale sono oggetto di riflessione a livello europeo e internazionale a seguito delle evidenze statistiche offerte dai sistemi di registrazioni nazionali dei nuovi casi segnalati ai servizi sociali. Anche questo tipo di informazioni rivela, in effetti, una graduale, anche se variabile, diminuzione di tale tipo di segnalazioni a fronte di una crescita di altre forme di abuso all'infanzia quali la trascuratezza e il maltrattamento fisico. Prestare attenzione ai risultati degli studi retrospettivi in rapporto a differenti coorti di soggetti non è comunque un esercizio puramente speculativo poiché se il declino di alcune forme di violenze all'infanzia sta avvenendo come esito dei programmi d'intervento in area sociale, sanitaria, educativa e giudiziaria, è essenziale comprendere quali misure sono state più efficaci, rafforzarle e applicarle alle forme di maltrattamento e abuso che mostrano maggiore resistenza o sono addirittura in aumento. Il declino può essere anche il prodotto di un calo d'attenzione rispetto al problema oppure di scelte procedurali da parte dei servizi di tutela, che tendono a modificare le modalità di presa in carico di questi casi in considerazione degli elevati costi che

comporta l'adozione di misure davvero efficaci di protezione e di supporto che non si limitino al breve periodo; in questo caso il declino avrebbe un significato del tutto opposto, ovvero, nascondendo un possibile aumento o una stabilità nel numero dei casi, segnalerebbe in realtà una riduzione delle risorse e delle opportunità di protezione e d'aiuto offerte ai bambini maltrattati e alle loro famiglie (Jones, Finkelhor, 2003; Finkelhor, Jones, 2004).

### 1.3. Caratteristiche delle donne

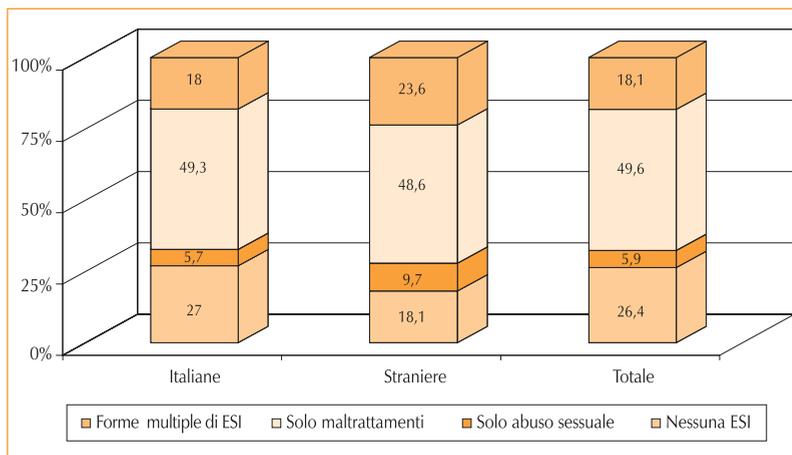
Com'è stato illustrato nel capitolo precedente, la distribuzione geografica e per età delle donne intervistate sono due variabili definite a priori per la costruzione del campione; in questo paragrafo saranno quindi presentate le altre caratteristiche sociodemografiche rilevabili dai dati.

#### La nazionalità

Il campione è formato quasi esclusivamente da donne italiane; tuttavia pur non avendo effettuato una stratificazione anche sulla variabile nazionalità e ipotizzando un minore accesso (e visibilità) delle donne straniere (comunitarie ed extracomunitarie) alla telefonia di rete fissa, la loro presenza è tutt'altro che irrilevante poiché sono pari al 3,3% delle donne, un valore più alto di un punto percentuale rispetto a quello derivabile dai dati dell'ultimo censimento sulla popolazione residente (ISTAT, anno 2001) nel quale la componente di stranieri è pari a 2,3%.

La diffusione di esperienze di abuso e maltrattamento non sembra presentare rilevanti differenze secondo la nazionalità, anche se le esperienze di vittimizzazione sessuale sembrano lievemente più diffuse tra le donne straniere: il 9,7% di esse riferisce esperienze di abuso

**Figura 5 - Donne secondo la nazionalità e il percorso di vita dichiarato**



(contro il 5,7% delle italiane) e quelle che riferiscono sia abuso sia mal-trattamenti intrafamiliari sono pari al 23,6% (contro il 18% delle italiane). Ne deriva una rilevante diversità in termini di soggetti che non hanno subito alcuna ESI: 27% contro 18,1%.

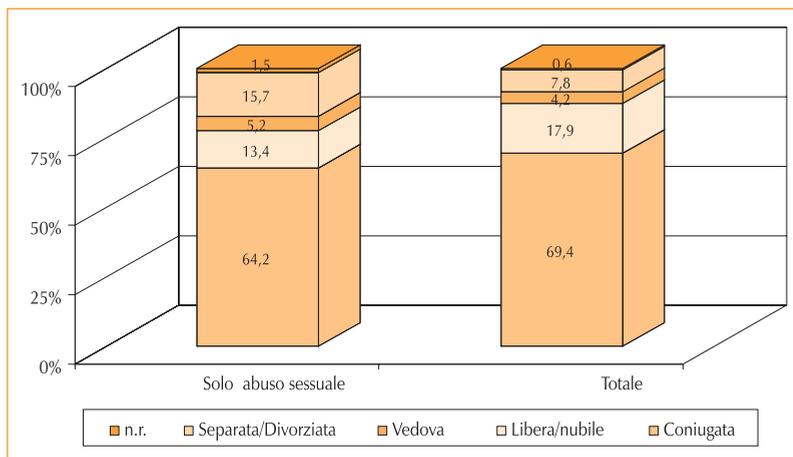
Lo stato civile

Il 69,4% delle donne è coniugata, il 17,9% nubile, seguono le separate o divorziate, 7,8%, e le vedove, 4,2%. Tra le donne che hanno subito una qualche forma di abuso sessuale la percentuale di donne separate o divorziate è superiore rispetto al valore medio. Ciò è particolarmente vero per le donne che riferiscono solo esperienze di abuso, tra le quali il rischio di rottura della relazione è il doppio di quello medio: 15,7% vs 7,8%, come si osserva anche in altre ricerche retrospettive su campioni di popolazione normale (Vogeltanz *et al.*, 1999).

Trattandosi di donne che spesso hanno un'età che si colloca tra i 33 e i 46 anni, quindi in una fase della vita nella quale si tende ad avere sperimentato rapporti affettivi stabili, la crisi nelle relazioni affettive interviene in un momento critico di passaggio nel ciclo di vita, della persona e della coppia, quando nell'esistenza dei singoli tendono a ridefinirsi i ruoli rispetto alla propria famiglia d'origine, al mondo del lavoro, a progetti di maternità e si avvicina il passaggio verso una maturità che per le donne significa affrontare cambiamenti significativi dal punto di vista fisico e psichico.

Rispetto alla coppia, per le donne che vivono all'interno di una relazione stabile questi sono gli anni nei quali possono essere impegnate nel consolidamento della nuova famiglia, che si deve riassetare

Figura 6 - Donne secondo lo stato civile e il percorso di vita dichiarato



dopo la nascita dei figli dinanzi al complessificarsi del sistema di relazioni affettive interne al nucleo. Per le donne vicine al limite di età più alto della classe, questo è anche il momento della rideterminazione degli obiettivi individuali e di coppia allorché, in presenza di figli adolescenti, questi cominciano ad autonomizzarsi orientandosi sempre di più verso il sistema esterno di relazioni.

Molte analisi sottolineano l'impatto negativo delle ESI violente su qualità, durata e stabilità delle relazioni. Le donne che riferiscono storie di abusi sessuali nell'infanzia hanno una maggiore probabilità di descrivere i loro partner come poco supportivi, distanti affettivamente e controllanti. Anche nelle relazioni amicali insorgono difficoltà, perché l'originario tradimento della relazione di fiducia si riverbera sulla capacità di entrare in intimità affettiva con gli altri, fare amicizia e ricevere e utilizzare il sostegno affettivo da parte degli amici (Fleming *et al.*, 1997; Beitchman *et al.* 1991; Bagley and Ramsey 1986; Mullen *et al.* 1988). Le esperienze traumatiche possono produrre una percezione del legame come vincolo e pericolo, piuttosto che come risorsa. L'abuso sessuale è sempre il tradimento di una relazione di fiducia e delle aspettative di cura e protezione formulate sia rispetto a *caregivers* sia, più in generale, nei confronti del mondo per l'innato e umano sentimento di socialità e di curiosità positiva che le bambine e i bambini esprimono. La maggiore fragilità dei legami, che è stata riscontrata nei gruppi delle donne che hanno subito abuso sessuale, conferma quanto tali esperienze traumatiche siano un serio fattore di rischio per il benessere relazionale e affettivo dei soggetti.

In un'ottica evolutiva le relazioni sono centrali sia per la protezione sia per la riproduzione, ma le condizioni di sicurezza e le opportunità di riproduzione non sono sempre distinguibili, perciò i soggetti dovranno affidarsi a schemi interni d'interpretazione in un continuo alternarsi di apparenza e realtà. Soggetti che hanno fatto esperienze precoci di precarietà e imprevedibilità all'interno delle relazioni affettive primarie potranno sviluppare modelli di relazione disfunzionali rispetto agli obiettivi evolutivi poiché maggiore sarà la propensione ad adottare gli schemi interpretativi appresi, che portano a decodificare le informazioni provenienti dalla relazione secondo stili difensivi, coercitivi o distanzianti. In questo caso potranno aumentare le probabilità d'interpretare in modo errato le comunicazioni interne alla coppia «e di farlo in modo da esaltare la propria percezione di pericolo»; il cambiamento potrà essere avvertito come allarmante, come fattore nocivo rispetto a una condizione di stabilità statica, l'unica percepita come possibile per garantire la loro sicurezza (Crittenden, 1997).

Sulle difficoltà incontrate nelle relazioni affettive e sessuali da uomini e donne vittime di abusi sessuali e maltrattamenti in età mi-

nore si sono interrogati anche i servizi di aiuto, i professionisti e gruppi di autoaiuto, offrendo interventi di consulenza e supporto specifici per i partner di adulti sopravvissuti, allo scopo di aiutarli a comprendere il significato e l'impatto delle esperienze di vittimizzazione subite nell'infanzia dai compagni o dalle compagne e renderli degli alleati efficaci nel processo di elaborazione del trauma intrapreso dalle vittime (Barshinger, Clarke, Larowe, 1995; Davis, 1991; Engel, 1995).

#### *La maternità*

Per quanto riguarda la "generatività", si rileva che il 77% delle donne ha figli, in maggioranza due. La condizione di maternità non rivela particolari differenze tra i gruppi ed è caratteristica comune – e comprensibile dati i modelli di fertilità affermatasi in Italia – il fatto che sia più probabile trovare donne senza figli tra coloro che si collocano nella classe di età più bassa. La ricerca non ha indagato in profondità l'esperienza della maternità limitandosi a raccogliere poche informazioni di base.

#### *Le esperienze scolastiche e formative*

Possiede il diploma di scuola media superiore il 35,9% delle donne; il 22,8% ha conseguito la licenza di scuola media inferiore, e il 17,2% solo la licenza elementare. Non possiede alcun titolo di studio il 2,3%. Complessivamente, il titolo di studio è una variabile che si distribuisce in modo relativamente coerente con quanto si riscontra a livello nazionale, sebbene le donne con titolo di studio superiore e universitario (7,4% tra laureate e donne con diplomi postlaurea) siano lievemente più presenti rispetto alla media nazionale.

Non è agevole fare un ragionamento complessivo su quanto maltrattamento e abuso possano aver influito sulla carriera scolastica e formativa delle donne; certamente un aspetto risalta sugli altri: una maggiore presenza di donne senza alcun titolo di studio, o con titoli di studio "deboli", tra coloro che riferiscono situazioni di maltrattamento: su 100 donne senza titolo di studio 81 appartengono al gruppo delle donne che riferiscono esclusivamente situazioni di maltrattamento (si ricordi che la loro incidenza sulla popolazione è invece pari al 49,6%), altrettanto alta la percentuale di donne appartenenti a tale gruppo tra coloro che hanno solo la licenza elementare, 64,2%. In questo caso, però, non è da escludere che i dati riflettano tanto un effetto del maltrattamento quanto il fatto che il 57% di questo sottogruppo è costituito da donne che hanno tra i 47 e i 60 anni, e quindi vi è presente almeno una generazione di donne la cui crescita è avvenuta in anni nei quali l'accesso femminile agli studi superiori era ancora un po' penalizzato. Questo è anche il gruppo cui appartengono molte delle donne che riferiscono una o più interruzioni del corso di studi (l'interruzione degli studi riguarda complessivamente il 29,3%

delle donne, ma su 100 donne che hanno interrotto gli studi, 50 appartengono al gruppo che riferisce solo esperienze di maltrattamento), una situazione determinatasi non tanto a seguito di bocciature o ripetizioni di anni scolastici, come invece avviene nel gruppo di controllo (le donne mai abusate e mai maltrattate), bensì per contribuire al reddito familiare o per rispondere a esigenze di autosostentamento economico.

Le esigenze economiche ricorrono con particolare frequenza come motivo dell'interruzione degli studi nel gruppo delle donne «solo abusate»: il 42,1% di donne del gruppo le menziona come cagione dell'interruzione della carriera scolastica e formativa, una quota significativamente alta se comparata con quella calcolata sul gruppo delle «mai abusate e mai maltrattate», all'interno del quale è il 33,5% a dichiarare di aver interrotto gli studi per motivi di tipo economico. Sull'irregolarità del percorso di studi sembra avere un peso particolare anche un'indecisione più generale su quali studi intraprendere: difficoltà segnalata dal 7,9% di queste donne (3,8% è il valore medio).

Anche la maternità rappresenta una causa d'interruzione di studi (è denunciata come motivo principale dal 6,3% delle donne), in particolare del percorso universitario, ma non emergono differenze significative tra i gruppi.

Ma come sono stati vissuti gli anni della scuola? L'intervista conteneva una serie di affermazioni tese a cogliere alcuni comportamenti osservabili nel contesto scolastico in relazione allo studio e al rapporto con il gruppo dei pari, che la clinica è portata a considerare

**Figura 7 - Donne secondo il titolo di studio**

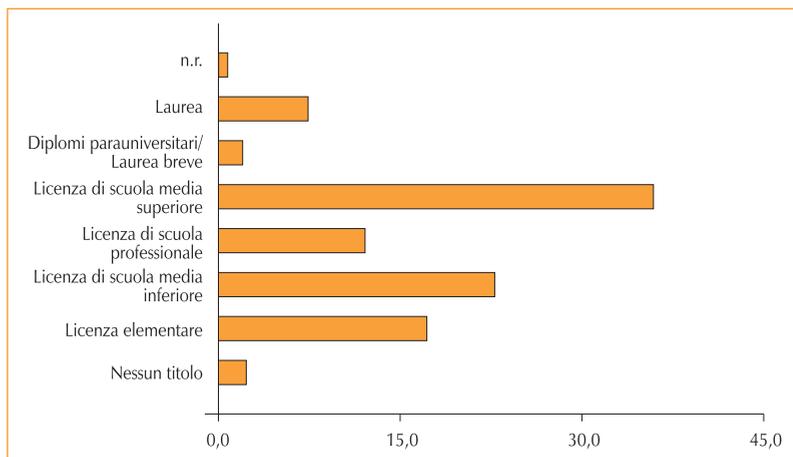
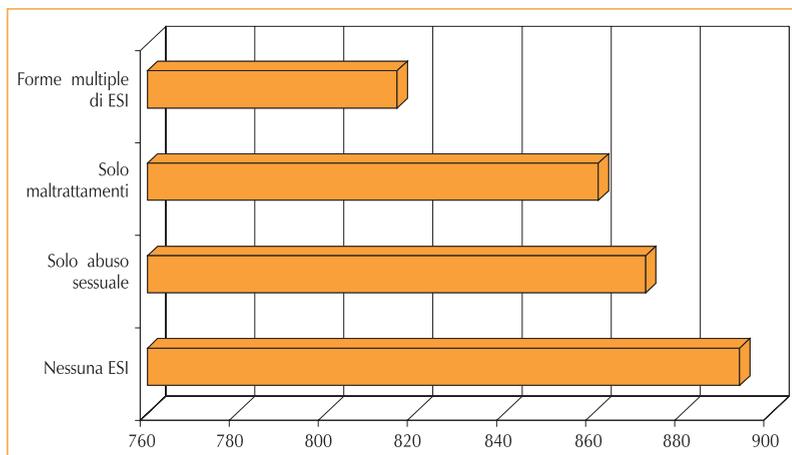


Figura 8 - Indice di malessere rispetto all'esperienza scolastica



quali indicatori – specialmente se compresenti – di disagi correlabili a esperienze di abuso infantile (Montecchi, 2005): difficoltà di concentrazione, solitudine e isolamento, aggressività nelle relazioni, inibizione, assenze frequenti, scarso rendimento scolastico e difficoltà nell'organizzazione, vergogna a mostrarsi e a partecipare alle attività sportive.

L'indice di malessere rispetto alle esperienze scolastiche (costruito sommando le frequenze delle risposte affermativo alle domande che chiedevano se da bambina la persona avesse manifestato una serie di specifici comportamenti di rifiuto, disagio scolastico e relazionale rispetto al gruppo dei pari), tende a diminuire dal gruppo di controllo a quello più problematico nel quale si sono intrecciate esperienze di maltrattamento e abuso sessuale. Questa variazione può essere interpretata come una spiccata tendenza alla normalizzazione delle esperienze oppure come una minimizzazione di ciò che nel contesto scolastico poteva accadere rispetto a quello che le donne vivevano nell'ambiente familiare, come ipotizzato da Tonarelli nel capitolo dedicato in specifico all'analisi di questa parte della ricerca.

#### *Il lavoro*

Il 54,9% delle donne è occupato, a tempo pieno o part time, seguono le casalinghe (26,2%), e le studentesse (5,5%), fra le quali anche studentesse lavoratrici. Le donne non inserite nel mondo del lavoro (non occupate, disoccupate o in cerca di prima occupazione) sono il 5,3%. L'estensione della fascia di età permette di catturare anche una quota di donne pensionate, pari al 5,6% dell'universo qui considerato.

Lo stato occupazionale secondo i quattro gruppi di studio presenta differenze poco significative, anche se per le donne del gruppo «abusate e maltrattate» si rileva una precarietà relativamente maggiore: il 28,9% ha cambiato più volte lavoro, rispetto al 17,3% del gruppo di controllo.

È stato indagato anche il vissuto personale in rapporto al lavoro, chiedendo alle intervistate di esprimere il loro accordo o disaccordo con alcune affermazioni tese a evidenziare il grado di confidenza in se stessa, la fiducia nel futuro, la percezione della propria capacità di controllo e di determinazione degli eventi. A livello complessivo appare una propensione normalizzante che sembra livellare i quattro gruppi; tuttavia, a un'analisi più approfondita, le donne esposte a forme di maltrattamento o di abuso rivelano una maggiore problematicità. Questa è molto evidente confrontando le donne che hanno subito una qualche forma di maltrattamento con quelle appartenenti al gruppo di controllo: le prime hanno una minore fiducia nel futuro; faticano a motivarsi nel lavoro; nell'affrontare una prova o nel prendere una decisione, pensano più spontaneamente all'insuccesso che al successo; hanno maggiore sfiducia nella possibilità che con la volontà sia possibile riuscire a controllare gli eventi del quotidiano; non sentono di riuscire a compiere le scelte adeguate nelle situazioni difficili e si sentono più oppresse e vittime degli altri e del contesto nel quale lavorano. Tra quelle donne circola un vissuto depressivo e d'impotenza; è come se a un certo punto della loro vita fosse stata intaccata la possibilità di vivere se stesse in modo positivo, come persone "anche" capaci e competenti. Le risposte alle riflessioni proposte sono il segno di quell'indebolimento della capacità d'autostima che si sa essere uno degli esiti più frequenti del maltrattamento sia a breve sia a lungo termine.

Le difficoltà che i bambini abusati sessualmente manifestano nel rendimento scolastico è verosimile che si traducano in una minore capacità di proseguimento degli studi superiori e, quindi, in minori opportunità d'inserimento e di successo lavorativo. Una scarsa riuscita sociale o addirittura un peggioramento delle condizioni proprie della famiglia d'origine sono da spiegarsi non solo come effetto di fallimenti o difficoltà scolastiche, ma anche come esito di un atteggiamento sia di autosvalutazione o, più in generale, di incapacità a riconoscere il proprio valore e le proprie capacità, sia di poca capacità di tradurre formazione e opportunità in azioni efficaci nel contesto formativo o del lavoro. L'adozione di schemi cognitivi e comportamentali detrimentalmente, inoltre, induce un modo di proporsi nel mondo che porta le donne abusate a stabilire con maggiore frequenza relazioni affettive con uomini che appartengono a ceti sociali medio-bassi (Mullen *et al.*, 1994).

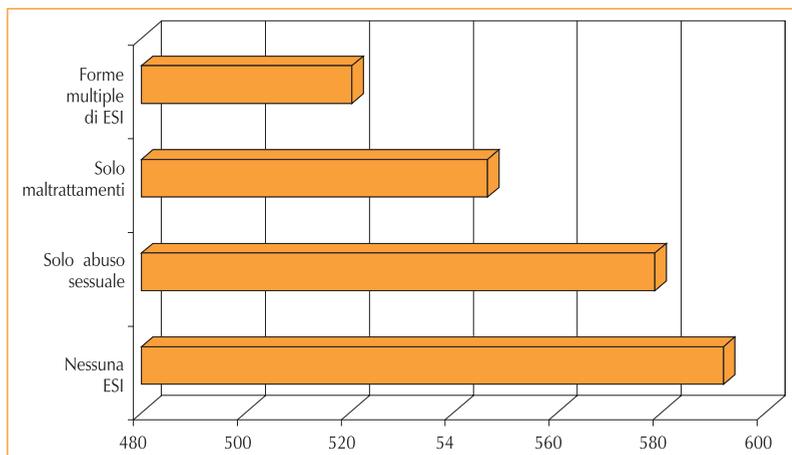
La vergogna, il senso di colpa, l'impotenza, la stigmatizzazione sono vissuti patogenici che accomunano tutte le esperienze di abuso e maltrattamento. La bambina maltrattata vive l'impossibilità di essere

riconosciuta nei suoi bisogni, la sua sopravvivenza psichica necessita dell'adattamento alla confusione, alla paura e all'indicibilità che esperisce nella sua storia di maltrattamento e di abuso. Tali vissuti possono produrre gravi fallimenti nell'accesso ai compiti evolutivi propri di ogni età, prove di passaggio che per essere sostenute in modo efficace devono essere sostenute da un humus di esperienze relazionali, affettive, psicologiche e cognitive "sufficientemente buone". La violenza infantile lo rende impossibile, il pensiero comune ai bambini maltrattati è «mi puniscono perché sono cattivo», il pensiero dei bambini abusati è «mi amano [di un amore "perverso"] perché non valgo niente» (Malacrea, 1998): questi sono pensieri strutturanti la personalità di un individuo, che lasciano cicatrici se i soggetti hanno avuto la possibilità di accedere a risorse riparative e a esperienze correttive dal punto di vista cognitivo ed emotivo, altrimenti producono ferite sempre aperte dalle quali sgorga un fluido psichico che indebolisce, o avvelena, continuamente l'identità e la percezione di sé da parte del soggetto.

Avevo pochissima fiducia in me, pensavo che tutti quanti fossero migliori di me. Non mi viene in mente nulla in cui fossi brava. Potrei invece pensare a decine di cose che mi riuscivano male. Ero nervosa, avevo sempre paura, ero in costante tensione e sempre col mal di pancia. Non dicevo mai quello che volevo, cosa mi sarebbe piaciuto. Non credevo che qualcuno fosse interessato, o che volesse veramente saperlo. Non sapevo chi ero, cosa volevo, e mi sentivo come se non avessi voce. Mi facevo trascinare dagli eventi e dagli altri. Non avevo alcun controllo sulle cose. Ero come su un nastro trasportatore, e non potevo scendere. (Jocelyn, in Ainscough, Toon, 1997)

La costruzione di un indice netto di autovalutazione sociale positiva per gruppo – ottenuto sottraendo dal peso delle risposte positive

**Figura 9 - Indice netto di autovalutazione sociale positiva**



(da moltissimo ad abbastanza d'accordo) quello delle risposte negative (poco e per niente d'accordo) alle affermazioni sottoposte in questa sezione dell'intervista – esprime, in effetti, una maggiore problematicità delle donne che hanno esperito una qualche forma di ESI.

Le varie forme di ESI hanno un effetto indubbiamente ambivalente sui percorsi formativi e lavorativi delle donne: accanto a effetti di deterioramento delle potenzialità, alcune donne possono ottenere anche successi e soddisfazioni proiettandosi nello studio e nel lavoro alla ricerca di compensazioni e risarcimenti. L'analisi in profondità su questi aspetti sociali del vissuto e dell'esperienza soggettiva delle donne vittime di mal-trattamenti e/o abuso sessuale è sviluppata successivamente da Tonarelli, anche in un'ottica transgenerazionale. La scelta di dedicare un capitolo a questo tema è stata determinata dalla constatazione che è assai poco studiata la dimensione socioeconomica dell'impatto di questo tipo di traumi, da cui può derivare una perdita d'efficacia e di produttività che investe l'esistenza dei singoli, ma si riverbera anche sul benessere sociale comune (WHO, 2004; Laing, 2001).

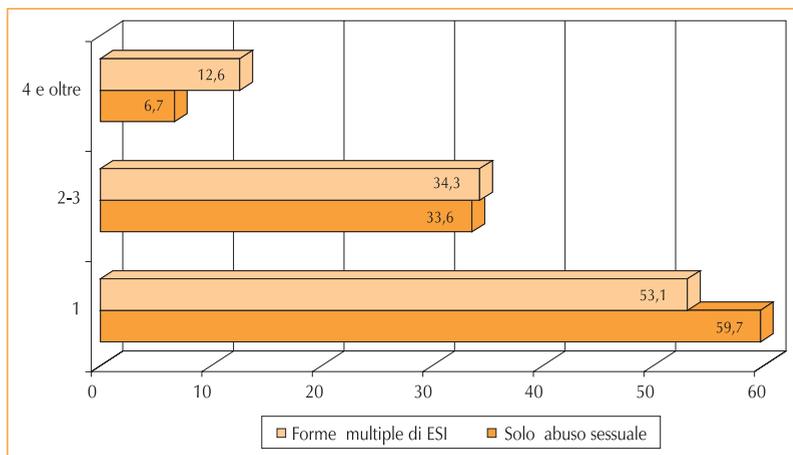
#### 1.4. Caratteristiche principali delle esperienze di abuso sessuale

##### 1.4.1. Caratteristiche degli atti

#### Gli episodi di abuso

In media ogni donna che ne parla risulta esposta ad almeno due atti abusivi. Nella maggioranza dei casi, però, gli eventi sono episodi attribuibili a una sola forma di abuso ma ciò non qualifica la loro durata, ovverosia una donna può essere stata esposta solo ad atti di esibizionismo ma questi possono essersi ripetuti nel tempo a opera di uno o più soggetti diversi. Questo dato trova risonanza anche in altre ricerche (Goldman, Padayachi, 1997), i cui autori invitano a tener conto

**Figura 10 - Donne con esperienza di abuso secondo il numero di forme di abuso e il percorso di vita dichiarato**



del fatto che per le persone intervistate può essere doloroso specificare la varietà degli atti abusivi subiti, perciò possono essere portate a indicare la situazione meno violenta, che viene scelta come una sorta di marker positivo sufficiente a soddisfare la domanda del ricercatore senza però costringere l'intervistata ad accedere a ricordi più gravi e ancora carichi di sofferenza.

È interessante osservare che nel gruppo che riferisce solo episodi di abuso le persone che sono state esposte a quattro o più forme di atti abusivi sono percentualmente la metà di quelle del gruppo misto. La presenza di maltrattamento aumenta la probabilità che l'abuso sia stato espresso in forme differenti, non raramente identificabili con atti di intrusività via via maggiore: dall'esposizione a masturbazione, a tocamenti, a tentativi di penetrazione.

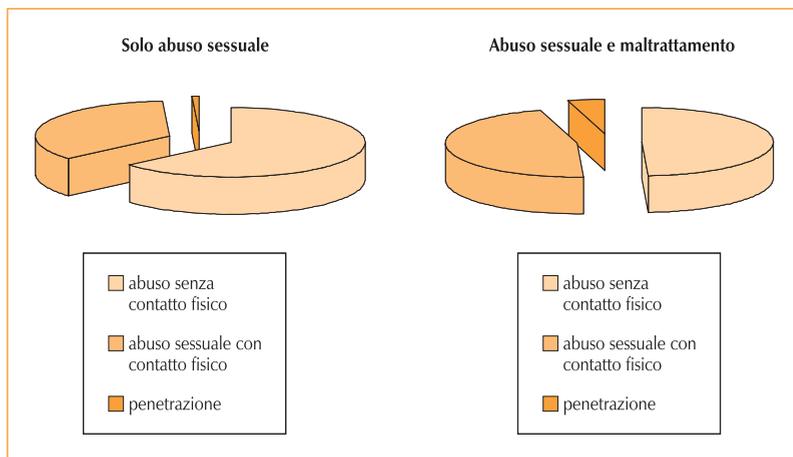
#### Le forme dell'abuso subito

La forma di abuso sessuale prevalente è senza contatto fisico (esibizionismo, molestie verbali, esibizione di materiali pedopornografici), pari al 64% delle forme riferite; gli atti con contatto fisico (toccamenti, atti di masturbazione e tentativi di penetrazione) sono il 34,4%, negli abusi sessuali con penetrazione (anale e/o vaginale) rientra l'1,6% degli eventi narrati.

La distribuzione degli atti per tipo e gruppo mette in risalto una significativa differenza: nel gruppo misto prevalgono gli atti più gravi con contatto fisico e penetrativi; infatti all'aumentare dell'intrusività degli stessi aumenta il peso di tale gruppo.

L'incidenza degli atti di penetrazione nel gruppo delle donne che riportano solo eventi di abuso sessuale è pari allo 0,5% dei fatti riferi-

Figura 11 - Distribuzione degli atti per tipo e gruppo



ti, mentre nel secondo gruppo sale al 2,2%, un valore superiore a quello calcolato sull'intero insieme delle persone che riferiscono almeno un episodio di abuso (1,6%).

### Frequenza e durata

La maggioranza degli episodi di abuso sessuale riferiti dalle donne si distribuisce in modo bimodale tra eventi singoli (49,6% degli atti riferiti) e situazioni verificatesi più di una volta (39,9%), il 5,1% degli episodi accadeva spesso e per l'1,3% di eventi le donne non riescono a ricordare la frequenza. Il peso significativo di episodi singoli emerge

Figura 12 - Frequenza degli episodi

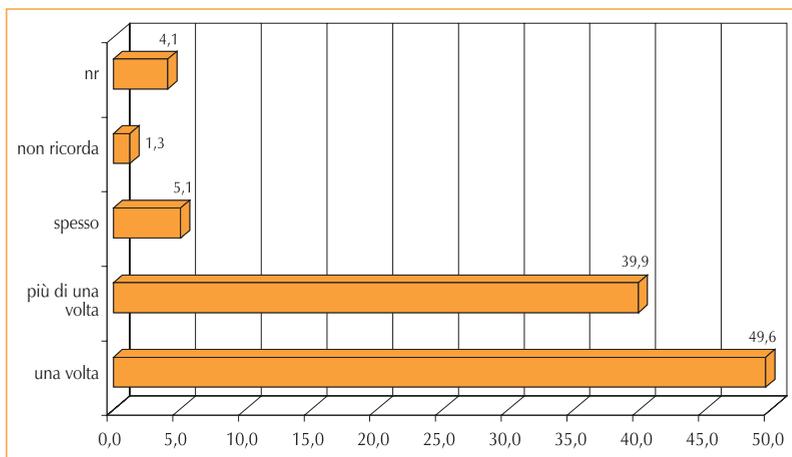
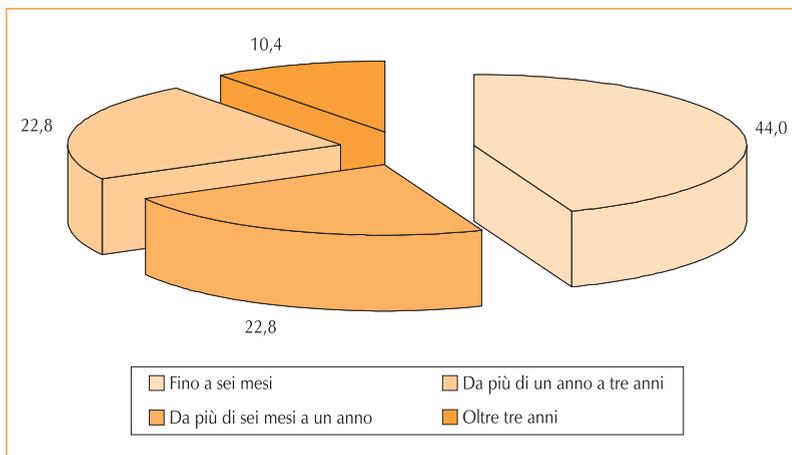


Figura 13 - Durata degli episodi di abuso



anche in altri importanti studi retrospettivi su campioni di popolazione normale (Finkelhor *et al.*, 1990; Fleming *et al.*, 1997) sia adulta sia minorenni (Kogan, 2004).

Tra le donne che riferiscono eventi avvenuti più volte, il 44% ha subito abusi che sono durati fino a sei mesi, la restante parte ricorda situazioni la cui durata si distribuisce su un arco di tempo variabile, ma che la clinica considera come già indicativo di cronicizzazione, anche gravissima quando gli abusi sono durati oltre tre anni (10,4%).

#### 1.4.2. Caratteristiche delle vittime e degli autori

##### L'età della donna al primo episodio

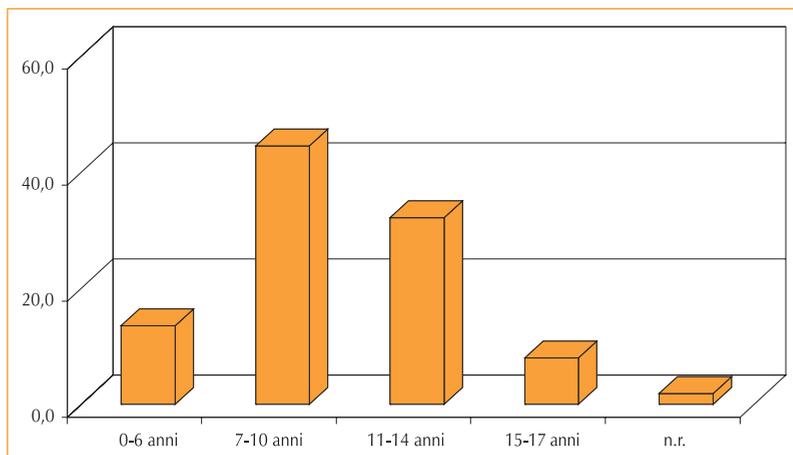
La vittimizzazione sessuale inizia solitamente in età prepubere, tra i 7 e i 10 anni (44,5% dei casi), ma molte risposte positive si addensano anche nella sottoclasse dagli 11 ai 14 anni (32,1%).

Le donne con ESI multiple hanno storie di abusi sessuali iniziati in misura lievemente maggiore in età più precoce: il 14,5% non aveva ancora compiuto i 7 anni, una percentuale che si abbassa al 10,4% quando le donne riferiscono «solo abusi sessuali». Data la precocità riscontrata, l'abuso sessuale si mostra ancora una volta per quello che è: la sopraffazione e la «cosificazione» di un soggetto di cui non è in gioco la maggiore o minore attrattività sessuale, ma la sua posizione di dipendenza e vulnerabilità rispetto al perpetratore.

##### Gli autori

Ancora una volta il mondo degli adulti conosciuti dal minore rappresenta il contesto entro il quale si annidano i maggiori rischi di abuso: il 64% degli autori è persona con la quale sussistono legami di tipo

Figura 14 - Età al primo episodio di abuso



familiare (genitore, parente, convivente) o di fiducia (insegnante, vicino di casa, amico di famiglia ecc.). La suddivisione per categoria evidenzia una presenza relativamente bassa di genitori o di conviventi di un genitore (3,1%), diversamente da altre ricerche europee e dalle statistiche giudiziarie, ma rimane rilevante la presenza di parenti (22%) e di adulti significativi (insegnanti, amici di famiglia, vicini di casa, pari al 29% degli autori).

Gli estranei sono pari al 35% dei soggetti indicati come responsabili degli abusi, un dato importante e del tutto coerente con l'alta percentuale di episodi singoli attinenti ad atti di esibizionismo (anche ripetuto nel tempo). L'8,3% di amici, prevalentemente coetanei, costituisce un piccolo universo che fa da sfondo a situazioni di vera e propria violenza sessuale, di bullismo e al coinvolgimento da parte del gruppo dei pari in sperimentazioni sessuali che nel vissuto delle vittime assumono non un carattere di gioco bensì di coercizione con aspetti anche traumatici. Nell'insieme, gli atti che vedono protagonisti i coetanei, inclusi i parenti, interessano il 9,1% delle donne: la maggioranza degli autori è, infatti, composta da persone che hanno almeno dieci anni di più della vittima, 69,8%.

La presenza di autori di sesso femminile è davvero irrilevante, solo due donne ne parlano; purtroppo ciò non significa che il problema interessi solo il mondo maschile: l'esperienza clinica attesta la presenza di donne fra coloro che agiscono atti sessuali ai danni di bambini, ma spesso agli occhi degli osservatori, e dei bambini stessi, esse appaiono più nel ruolo di gregarie collusive e conniventi che non di attrici. Per le donne ci sono maggiori possibilità di sessualizzare ed erotizzare la

Figura 15 - Gli autori

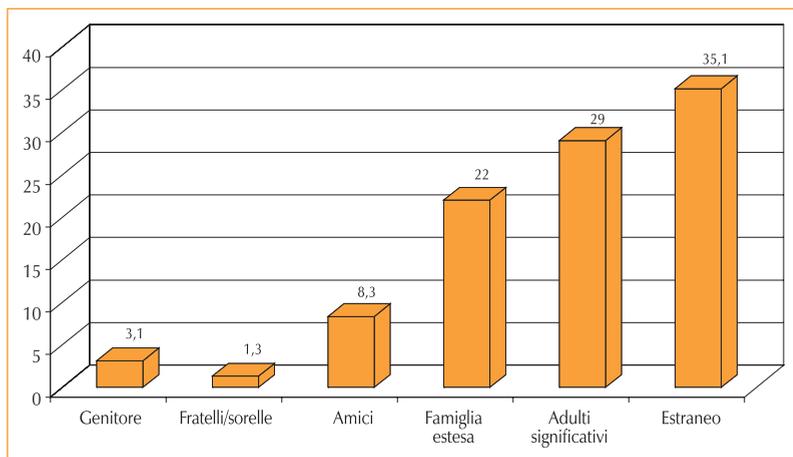
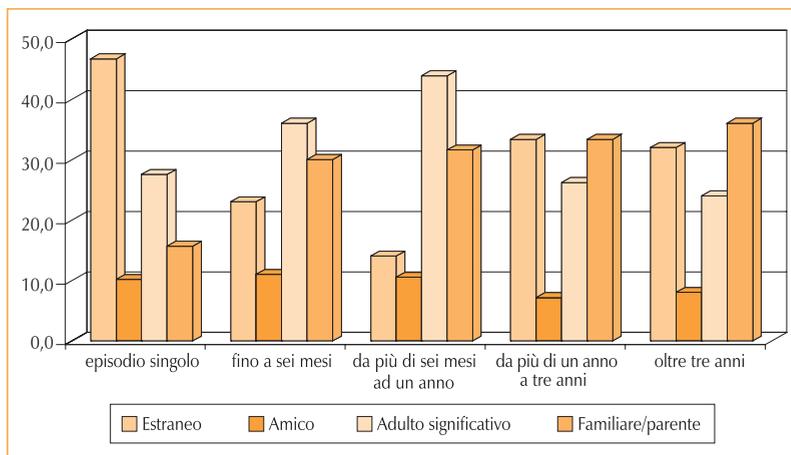


Figura 16 - Durata per autori dell'abuso

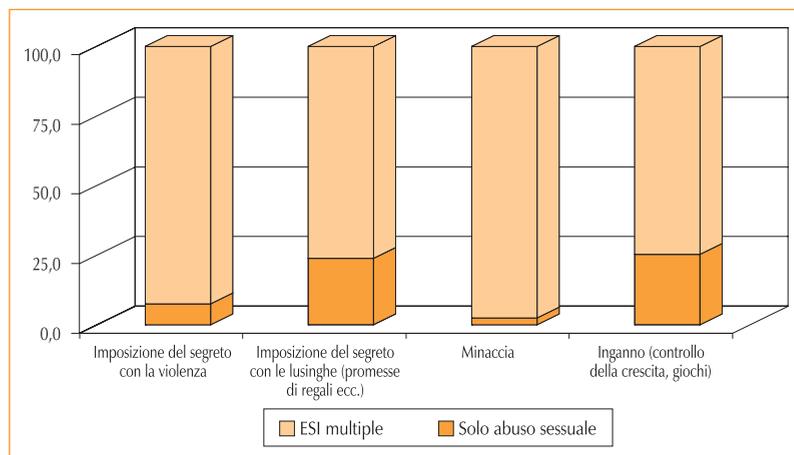


relazione sotto forma di cure e comportamenti accuditivi, ma ciò non ha effetti meno gravi sulle piccole vittime che, in età adulta, non è raro ritrovare tra pazienti psichiatriche affette da forme di psicosi anche molto gravi.

L'analisi della durata secondo l'autore degli atti di abuso rivela una stretta relazione tra vicinanza della relazione che lega la bambina all'autore e durata degli atti. Nelle situazioni a maggiore cronicizzazione appare con chiarezza l'importanza del legame con adulti significativi e familiari quale fattore che facilita una maggiore e continuativa "accessibilità" della bambina: anche se meriterebbe un approfondimento il dato relativo agli estranei, che crolla nel passaggio dall'evento singolo a quelli di durata sino a un anno, aumentando nuovamente per le altre due modalità a maggiore durata.

Le interazioni non sono necessariamente contraddistinte da violenza: questa è riferita come una componente caratterizzante la dinamica dell'abuso solo dal 2,6% delle donne; altrettanto poco presente è la minaccia esplicita per l'imposizione del segreto (3,6%). Si agisce più spesso attraverso l'inganno (controllo della crescita, giochi) o conquistando il silenzio attraverso lusinghe (promesse, regali), rispettivamente 10,2% e 7,7%. Nell'abuso sessuale la violenza è intrinseca e consiste nell'impatto traumatico degli agiti sessuali da parte di un partner preminente su un soggetto, di cui si sfrutta una naturale posizione di dipendenza affettiva o materiale. In un confronto tra i gruppi, i ricordi di modalità aggressive appartengono in maggioranza alle donne vittime di forme multiple di ESI; modi ambigui e confondenti il si-

Figura 17 - Modalità dell'abuso sessuale



gnificato vero degli atti sono invece un'esperienza un po' più condivisa anche con chi riporta solo atti di abuso sessuale.

### 1.4.3. La rivelazione

#### La rivelazione

È alto il numero di soggetti che hanno riferito ad altre persone gli episodi di abuso accaduti (65,3%); tra coloro che riferiscono solo episodi di abuso la rivelazione ad altri è più diffusa (75,4%). La condivisione di quanto accaduto è possibile o in prossimità degli avvenimenti (51,4%) oppure il silenzio si rompe a distanza di anni (34,1%).

**Tavola 8 - Donne abusate secondo l'eventuale confidenza fatta ad altri degli episodi di abuso**

Confidenza degli episodi di abuso	%
Mentre quegli avvenimenti accadevano	51,4
A distanza di qualche mese	10,7
Entro un anno	2,2
Molti anni più tardi	34,1
Non ricorda	1,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

La probabilità di non parlarne o di farlo solo a distanza di molti anni sembra più alta fra le donne con ESI multiple in confronto a quelle del gruppo che riferisce solo abuso sessuale: rispettivamente il 33,8% e il 20,1%. Inoltre, su 100 donne che condividono i loro ricordi con qualcuno molti anni più tardi, 82 appartengono al primo gruppo e 18 al secondo.

Il ritardo nello svelamento dell'abuso si osserva correntemente sia nella pratica clinica sia nei risultati di ricerche retrospettive (Luberti, 1997; Herman, Schatzow, 1987 e 1992; Fleming *et al.*, 1997; Smith *et al.*, 2000). La rivelazione di un abuso sessuale implica l'esporsi al rendere pubblica una situazione che per la vittima è verosimile che sia associata a un profondo sentimento di vergogna, paura e timore di conseguenze negative (stigmatizzazione, non essere creduta, rimprovero). Un ritardo più elevato tra coloro che riferiscono anche esperienze di maltrattamento è da porre in relazione con la maggiore gravità della vittimizzazione che appare contraddistinguere questo gruppo, con minori possibilità di fare riferimento alla famiglia per chiedere aiuto e supporto a fronte di quanto avvenuto.

C'è una correlazione tra ritardo nello svelamento e autore degli abusi? Su quest'aspetto si sono interrogati molti ricercatori individuando una relazione positiva tra intensità del legame familiare e affettivo con l'abusante e periodo di latenza prima della rivelazione. Una relazione positiva che sembra confermata anche dagli esiti di quest'indagine come si vede nella tavola 9, dove si legge una latenza più lunga tanto più "vicino" alla bambina è il responsabile degli abusi: circa il 68% degli abusi rivelati a distanza di molti anni è stato agito da familiari o parenti, mentre quelli svelati in prossimità dei fatti sono nel 60,8% da attribuirsi a persone estranee alla minore.

**Tavola 9 - Relazione tra durata della latenza e autore degli abusi**

	Amico	Estraneo	Familiari/ parenti	Adulti significativi	Totale
Mentre quegli avvenimenti accadevano	8,5	60,8	6,1	24,5	100,0
A distanza di qualche mese	12,2	30,6	22,4	34,7	100,0
Entro un anno	0,0	20,0	40,0	40,0	100,0
Molti anni più tardi	7,4	24,7	40,1	27,8	100,0

Il legame affettivo, che sottintende abuso di potere e di una relazione di fiducia, inchioda la vittima nel silenzio non solo mentre quei fatti avvengono, ma anche quando essi si sono interrotti e ne rimane un ricordo che, come è stato descritto nei primi tre capitoli di questo volume, ingabbia la vittima negli effetti del trauma.

E anche le caratteristiche intrinseche degli atti abusivi sembrano avere un'influenza: il 77,7% delle donne che riferisce esperienze di abuso con penetrazione ne parla solo molti anni più tardi e lo stesso accade per il 43% di chi subì abuso per una durata di tempo da un anno a oltre tre anni.

Arata (1998) in una ricerca retrospettiva condotta su un campione di studenti trovò una correlazione positiva tra gravità degli atti, appartenenza dell'autore alla rete familiare e parentale e tempo trascorso prima della rivelazione, un effetto osservato anche in una ricerca simile alla presente realizzata da Smith *et al.* negli Stati Uniti con un campione casuale di popolazione femminile dai 18 ai 34 anni.

### Ma con chi ne parlarono?

La madre è la destinataria prevalente delle rivelazioni da parte della minore, ma la sua "affidabilità" è variabile: è percepita un referente affidabile in modo statisticamente significativo dal 40,6% dei soggetti vittime di solo abuso sessuale, un valore che scende di 12 punti percentuali tra le donne esposte a ESI multiple poiché solo nel 27,9% dei casi queste si confidarono per la prima volta con la madre, una figura affettiva che per molte di queste donne probabilmente rappresentava un adulto tutt'altro che protettivo.

**Tavola 10 - Donne secondo la persona con cui parlarono per la prima volta degli episodi subiti**

Persona con cui parlò	Solo abuso sessuale	Forme multiple di esi	Totale
Madre	40,6	27,9	31,4
Padre	2,8	2,2	2,4
Entrambi i genitori	8,5	4,3	5,5
Fratello/sorella	2,8	6,5	5,5
Partner	11,3	13,4	12,8
Amico/a	19,8	25,7	24,1
Altri familiari	10,4	4,7	6,2
Adulti significativi (vicino di casa o amico di famiglia, insegnante)	1,9	1,8	1,9
Psicologo	0,9	6,2	4,7
Non ricorda	0,0	0,0	0,0
Altro	0,0	2,5	1,8
<i>n.r.</i>	0,9	4,7	3,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Lo stesso dicasi per i familiari *tout court*: le donne con ESI multiple percepiscono molto meno la famiglia come una risorsa d'ascolto e protezione, a parte i fratelli e le sorelle con i quali riesce a condividere l'esperienza circa il 6% delle donne. D'altronde, si tratta di famiglie nelle quali si manifestano situazioni più o meno gravi di trascuratezza e mal-trattamenti che l'indagine prende in considerazione proprio in quanto messi in atto dai datori di cure, quindi da coloro nei cui confronti le bambine abusate, comprensibilmente, stentano a riportare fi-

ducia e aspettativa di accoglimento e protezione. Per questo target conta molto di più la rete amicale e sociale esterna formata da partner, da amici e da *helper* professionali.

#### **Cosa accadde quando ci fu rivelazione in prossimità degli eventi?**

Nel 66% dei casi non ci furono conseguenze concrete; quando qualcosa accadde, nel 50% delle situazioni vi furono effetti sull'abusante quali richiesta di spiegazioni da parte di un genitore della vittima, avviso ai suoi familiari ecc.; nel 18% ci fu un'interruzione dei rapporti (allontanamento dell'adulto e/o della minore); il coinvolgimento delle istituzioni, in particolare **la denuncia all'autorità giudiziaria, avvenne solo per il 2,9% delle intervistate vittime di abuso**. Quest'ultimo dato conferma una delle caratteristiche delle indagini retrospettive: la maggior parte degli episodi riferiti sono esperienze personali mai giunte all'attenzione degli organi di polizia, sono cioè espressione di quel sommerso che sappiamo essere ben più ampio di quanto non emerga dalle informazioni statistiche ufficiali. A questo proposito potremmo fare un esercizio statistico riproporzionando il numero medio di vittime per gli atti sessuali *ex lege* 66/1997 (art. 609 *bis, ter, quater, quinquies* e *octies* cp,) sulla propensione alla denuncia ricavata dall'indagine: dai dati del triennio 2002-2004 si ricava un numero medio annuo di vittime pari a 709 minori (le segnalazioni all'autorità giudiziaria sono in numero inferiore poiché una segnalazione può riguardare anche più minori, il numero medio annuo è infatti per questo triennio pari a 563 segnalazioni per i reati succitati); se questo fosse pari al 3% dei minori segnalabili in quanto vittime di abuso sessuale, potremmo stimare che **il sommerso complessivo ammonti a circa 23.633 bambini vittime**, una cifra che in effetti non si discosta molto da quella ipotizzata dal rapporto CENSIS sulla violenza sessuale in Italia (1998), secondo il quale il numero dei bambini vittime di abuso sessuale poteva essere stimato tra i 10.500 e i 21.000 ogni anno.

#### **1.4.4. La memoria degli eventi**

Le ultime ricerche retrospettive contengono item che vogliono approfondire l'effetto della memoria sugli eventi raccontati dalle donne; anche in questa indagine sono state inserite alcune domande finalizzate a comprendere se la persona avesse sempre ricordato o meno gli eventi, se alcuni fattori avevano favorito la loro emersione quando essi erano stati rimossi, e l'effetto del recupero. Il 76,9%, li ha sempre ricordati, il 18,6% riferisce di averli dimenticati per un certo periodo di tempo e recuperati solo successivamente, il 4,6% li ha dimenticati per un certo periodo di tempo e recuperati solo successivamente.

Tra chi ha subito solo abuso sessuale e chi invece ESI multiple c'è qualche differenza? Ciò che si può rilevare è che tra le prime è più

probabile trovare donne che hanno avuto un gap temporale nel ricordo più che la perdita di parte di esso, effetto meno segnalato dalle altre, che sembrano soffrire di una tendenza lievemente maggiore alla perdita di memoria per una parte dei fatti accaduti.

**Tavola 11 - Donne secondo il ricordo che hanno degli episodi subiti**

Ricordo	Solo abusata	Abusata e maltrattata	Totale
Si, li ho sempre ricordati	24,1	75,9	100,0
Alcuni episodi li ho dimenticati e ricordati solo successivamente	20,7	79,3	100,0
Li ho dimenticati per un certo periodo di tempo e recuperati solo successivamente	29,9	70,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,6</b>	<b>75,4</b>	<b>100,0</b>

Cosa ha aiutato il ricordo? Le donne non indicano un solo elemento come stimolo al recupero della memoria degli eventi o di parte di essi, più stimoli vi hanno concorso; durante l'intervista ne sono stati proposti alcuni corrispondenti a quelli che ricorrono con più frequenza in altre ricerche su questo tema. Considerando il totale delle risposte, si ottiene la seguente graduatoria d'importanza per i fattori di stimolo al recupero dei ricordi:

**Tavola 12 - Donne secondo i fattori di stimolo al recupero dei ricordi**

	%
La lettura di un libro, documentario, l'intervista	43,1
Parlarne con un amico/un familiare	16,4
Parlarne/incontrare la persona responsabile	10,3
Un episodio che è accaduto successivamente	9,5
La psicoterapia	7,8
La condivisione dell'esperienza (parlarne con un'amica, il partner, gruppo di donne, ecc.)	6,9
Il ritrovamento di diari, fotografie, lettere o altri documenti	2,6
Altro	3,4
<b>Totale</b>	<b>100</b>

In genere, l'importanza delle letture o dei mezzi di comunicazione (film, programmi TV) è indubbiamente significativa. Tra chi afferma di aver avuto una temporanea e/o parziale dimenticanza, il recupero è invece avvenuto con maggiore frequenza come esito di confidenze con parenti o amici; seguono altri avvenimenti accaduti successivamente e la psicoterapia.

Elliott (1997), in una ricerca finalizzata a verificare i meccanismi della memoria rispetto a varie tipologie di eventi traumatici, trovò

che, sul 72% dei rispondenti che riferirono eventi traumatici, il 32% raccontò di aver recuperato solo successivamente il ricordo di tali eventi. Questo meccanismo di ritardo risultò più frequente tra gli individui che avevano assistito all'omicidio o al suicidio di un membro della famiglia, tra i sopravvissuti ad abuso sessuale infantile e tra ex militari (*veterans*). Come meccanismo che aveva facilitato il recupero dei ricordi, il più menzionato – 54% delle risposte – fu l'azione dei media: assistere a programmi televisivi, ascoltare trasmissioni radiofoniche, prendere parte alla visione di film e leggere articoli di giornali che descrivevano storie traumatiche analoghe a quella "dimenticata". Altrettanto significativo fu l'aver vissuto un'esperienza simile al trauma originario 37%, mentre la psicoterapia risultò il fattore di stimolo meno diffuso (14%), insieme a una relazione affettivo-sessuale (17%).

La percentuale di coloro che riportava una memoria continuativa degli eventi traumatici segnalati era più alta tra coloro che riferivano aggressioni sessuali in età adulta senza penetrazione. Esperienze d'amnesia parziale degli eventi risultarono più comuni tra coloro che riferivano di abusi sessuali infantili (22%), o maltrattamento fisico infantile (22%), o l'assistere al suicidio o all'omicidio di una persona cara (38%). L'esperienza di un'amnesia totale degli eventi era comune tra le vittime di abuso sessuale infantile (20%), tra veterani (16%), vittime di stupro (13%) e testimoni di violenza domestica in età minore (13%).

Nella presente indagine, circa il 23,2% ha vissuto una perdita parziale dei ricordi o una loro temporanea amnesia. Coloro che riferiscono il recupero ritardato dei ricordi (con una parziale o totale perdita temporanea di memoria) avevano un'età più bassa al primo evento, avevano subito un numero più elevato di traumi e avevano indicato effetti importanti da disturbo post-traumatico da stress sia riferendo ciò che avevano vissuto al momento del trauma sia il loro stato al momento della compilazione del questionario.

In particolare abbiamo cercato d'analizzare la relazione tra erraticità del ricordo ed età della bambina all'accadere degli eventi (in taluni casi è da intendersi come l'età al primo tra i vari episodi riportati, talvolta imputabili ad autori diversi): confrontando la distribuzione marginale delle età all'abuso con quelle della distribuzione delle varie situazioni riferite si vede che il peso degli eventi precoci è relativamente maggiore quando c'è stata amnesia totale dei ricordi per un certo periodo di tempo (28,4% vs 13,5%) o per alcuni di essi (32,3% vs 13,5%), mentre per gli abusi avvenuti in adolescenza è più bassa la probabilità che essi siano ricordati in modo parziale (3,2% vs 8%).

Tavola 13 - Relazione tra età all'abuso e memoria degli eventi

Classi di età all'abuso	Sempre ricordati	Alcuni li ho dimenticati e ricordati successivamente	Li ho dimenticati per un certo periodo di tempo e recuperati successivamente	Distribuzione marginale classe di età
0-6	13,6	32,3	28,4	13,5
7-10	44,7	32,3	31,8	44,5
11-14	30,4	32,3	29,5	32,1
15-17	10,3	3,2	9,1	8,0
<i>n.r.</i>	0,9	0,0	1,1	1,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Il lavoro di Judith Herman, come descritto precedentemente da Malacrea e Luberti, ha segnato un salto di qualità d'inestimabile valore scientifico negli studi sugli effetti del trauma e sulle pratiche cliniche conseguenti. A Herman si devono importanti studi anche sui meccanismi della memoria traumatica: tra i vari realizzati nel corso degli anni ve ne sono un paio di particolare interesse per commentare i risultati di quest'indagine. Uno studio (Herman, Schatzow, 1987) su un gruppo di 53 donne che avevano partecipato a un gruppo terapeutico a breve termine per donne sopravvissute all'incesto indicò una forte relazione tra età d'inizio dell'abuso, durata, grado di violenza e tipologie dei meccanismi di rimozione parziale o totale. In particolare, Herman e Schatzow notarono che il 74% delle pazienti era stato capace di recuperare e validare i ricordi attraverso molteplici fonti, quali la conferma dei fatti da parte dell'autore stesso, da un altro membro della famiglia o da evidenze oggettive documentali come diari o fotografie. Il 64% delle pazienti non aveva un ricordo totale, ma riferì almeno un qualche grado d'amnesia. Il 28% risultò avere un grave deficit di memoria: scarsi e frammentari ricordi dall'infanzia, solo ricordi recenti precedentemente inaccessibili, oppure recuperati solo con la partecipazione al gruppo terapeutico. In una successiva ricerca clinica (Herman, Hervey, 1997) su un gruppo di 77 pazienti che avevano ricevuto trattamento terapeutico presso un centro specializzato per pregressi abuso sessuale, maltrattamento fisico e violenza assistita nell'infanzia, il 53% delle pazienti riferì che non aveva mai dimenticato gli eventi traumatici, il 17% riportò un mix di memoria continuativa e di ricordi recuperati, il 16% riferì di un periodo di completa amnesia seguito dal recupero dei ricordi. La psicoterapia fu indicata come fattore facilitante il recupero della memoria dal 28% delle pazienti. E tra le motivazioni principali addotte dalle pazienti per la richiesta di un supporto terapeutico la maggior parte fece riferimento alla necessità di affrontare gli effetti dell'emergere di ricordi intrusivi dopo un periodo di amnesia.

In generale, tra i fattori precipitanti il recupero del trauma infantile ricorrevano, spesso congiuntamente: un marcatore trauma-specifico, 48%; recenti punti di svolta o crisi nel percorso di vita 40%; psicoterapia, 28%; nuove informazione da un'altra persona, 20%; modificazione nelle relazioni affettive, 20%; astinenza dall'uso di droga o alcol, 20%; stati psichici alterati, 20%; malattie o incidenti, 8%; fattore precisante non specificato, 16%; libri, articoli, programmi TV, 8%.

Feldman-Summers e Pope (1994) offrono l'esempio di come le esperienze di vittimizzazione e i relativi meccanismi della memoria traumatica prescindano dal livello di cultura o di consapevolezza professionale del problema: in un'indagine realizzata su un gruppo di 330 psicologi per stimare la prevalenza di violenze infantili tra gli operatori della salute mentale, gli autori calcolarono che il 24% dei colleghi aveva subito maltrattamento fisico e il 22% abuso sessuale. Tra quest'ultimi, il 40% aveva avuto amnesie temporanee dei fatti accaduti, il 47% era riuscito a validarli e il 56% attribuiva a un percorso psicoterapeutico individuale la possibilità di un pieno recupero della memoria.

#### Quale fu l'effetto del recupero dei ricordi?

L'emersione di memorie o di nuovi elementi connessi a traumi di vittimizzazione sessuale ha effetti variabili sulle donne: il 34,6% riferisce effetti complessivamente positivi anche in termini d'acquisizione di un maggior controllo sulla propria vita; il 22,8% ricorda effetti negativi rispetto alla propria condizione psicofisica, mentre il 37,8% non ricorda effetti specifici; il resto non risponde.

Chi sono le donne che sono state peggio? Pur ragionando su numeri limitati, è utile riportare che in primo luogo gli effetti negativi appaiono più probabili tra le donne con ESI multiple: su 100 donne che confidano un peggioramento, complessivamente 85 appartengono a questo gruppo. Ma ci sono altre caratteristiche osservabili oltre alla compresenza di maltrattamenti come fattore di fragilità maggiore della capacità di reggere al confronto «anche con questi ricordi»? Tra gli aspetti connaturati alle caratteristiche dell'abuso, le informazioni raccolte permettono di identificare queste donne come quelle che hanno subito forme multiple di abuso (un terzo da 4 a 8 differenti forme gradualmente più intrusive); l'80% delle donne rientra nelle classi di gravità dell'abuso sessuale identificate come moderato o grave<sup>6</sup>; i responsabili appartengono quasi esclusivamente all'ambito fa-

---

<sup>6</sup> Per la definizione di gravità costruita ai fini dell'analisi multidimensionale dei dati si rimanda ai due contributi che seguono.

miliare o degli adulti significativi per la bambina; in termini di tipologia degli atti, sono state esposte a tentativi di penetrazione quasi la metà di queste donne e un quarto ha subito atti di penetrazione completi; senso di tradimento, stigmatizzazione e sessualizzazione traumatica sono i vissuti legati al trauma che queste donne descrivono in prossimità degli eventi; il 62% è riuscito a parlare di quanto accaduto solo a distanza di molti anni; la metà non ricorda cosa l'ha aiutata a far emergere i ricordi; la metà ha avuto problemi legati alla sessualità e difficoltà nelle relazioni («non mi fidavo più delle persone»).

### 1.5. Caratteristiche principali delle esperienze di maltrattamento intrafamiliare

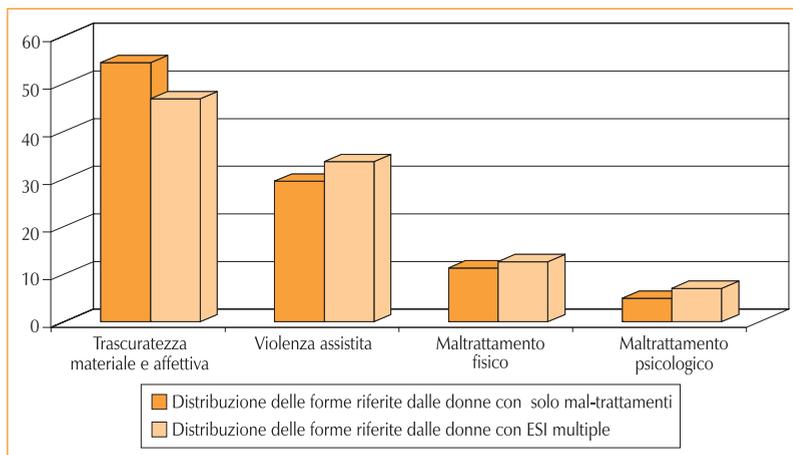
#### 1.5.1. Le forme di maltrattamento riferite

Le donne hanno riferito di aver subito almeno cinque differenti forme di maltrattamento durante l'infanzia. La formulazione delle domande su questo tipo di violenza orientava le donne a riferirsi a episodi avvenuti nel contesto familiare: è quindi ovvio che genitori e altri familiari siano le figure che le intervistate ricordano come quelle responsabili degli eventi segnalati, laddove non altrimenti specificato nella descrizione stessa del comportamento.

I comportamenti ascrivibili a forme di maltrattamento possono essere raggruppati nelle categorie classiche di: trascuratezza materiale e affettiva, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico e violenza assistita.

Le donne solo maltrattate si distinguono per una quota più alta di risposte riferite a situazioni di trascuratezza; le altre forme di maltrattamento, invece, hanno un'incidenza maggiore nella storia delle donne con ESI multiple.

**Figura 18 - Le differenti forme di maltrattamento secondo il percorso di vita dichiarato**



I comportamenti ascrivibili a trascuratezza affettiva sono complessivamente i più presenti, ma la loro incidenza si riduce all'abbassarsi dell'età dell'intervistata; si constata probabilmente un effetto di natura socioculturale collegato a cambiamenti nelle pratiche di accudimento e di qualità nell'interazione affettiva tra genitori e figli.

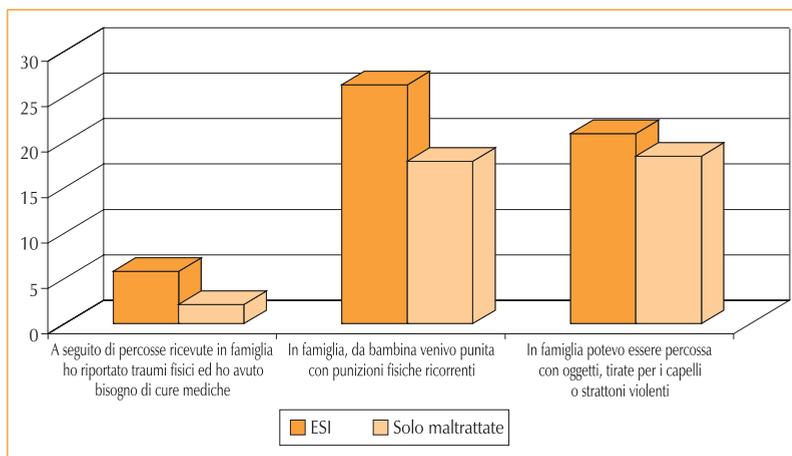
### Violenza assistita

L'indagine porta alla luce anche una ricorrenza relativamente alta di esperienze di violenza assistita, cui fanno riferimento, rispettivamente nei due gruppi, il 29,5% e il 33,6% delle risposte. Il dato è molto importante poiché l'operationalizzazione della categoria è stata fatta menzionando situazioni di effettiva gravità. Ben il 30% delle risposte svela situazioni nelle quali la bambina era testimone diretta o indiretta di aggressioni fisiche e/o verbali tra i genitori in modo quotidiano o molto frequente. A conferma del carattere multitraumatogeno dei contesti familiari violenti, si rifletta sul fatto che erano testimoni di questo tipo di violenze il 27% delle donne con ESI multiple e il 15% delle donne che riferiscono solo maltrattamenti. E il 2,4% di donne confida di aver assistito anche a molestie e/o violenze sessuali su altri familiari adulti o minori.

### Maltrattamenti fisici

Per quanto riguarda i comportamenti riferibili a maltrattamenti fisici, anche molto gravi («a seguito di percosse ricevute in famiglia ho riportato traumi fisici e ho avuto bisogno di cure mediche»), il 18% degli eventi risulta essere accaduto in modo molto frequente (spesso o

Figura 19 - Maltrattamenti fisici secondo il percorso di vita dichiarato



sempre). Anche le punizioni corporali hanno una discreta incidenza: per il 4% delle intervistate dei due gruppi qui considerati costituivano un castigo ricorrente. In genere, le donne con ESI multiple sono quelle esposte a forme più gravi di maltrattamenti fisici: fu costretta a ricorrere a cure mediche a seguito dei maltrattamenti subito il 5,7% delle donne con ESI multiple a fronte di un 2,1% di donne dell'altro gruppo. Le punizioni fisiche erano ricorrenti nelle famiglie del 26,29% delle prime e nel 17,9% delle seconde.

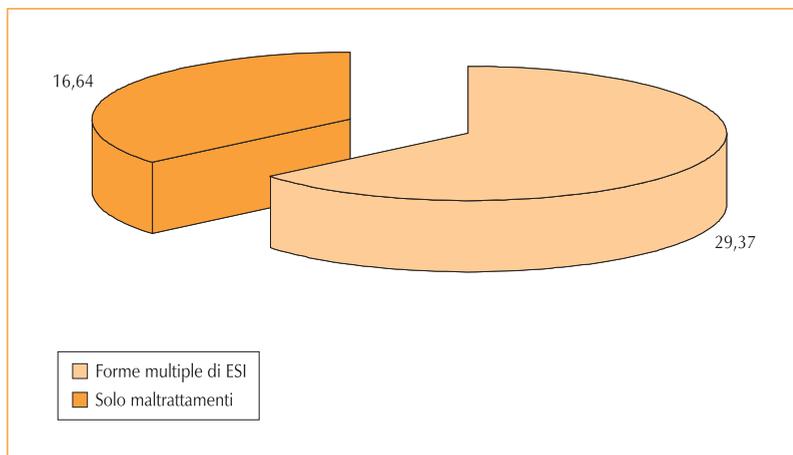
### Maltrattamenti psicologici

Anche le aggressioni verbali, le svalutazioni e le critiche, quindi situazioni di maltrattamento psicologico grave, sembrano eventi cronizzati (spesso, sempre) in circa il 23% delle storie raccolte, in particolare quando la persona riferisce anche episodi di abuso. Tali comportamenti sono riferiti dal 29,37% delle donne con ESI multiple e dal 16,4% delle donne che infatti segnalano solo maltrattamenti.

### Compresenza di varie tipologie

Interrogando i dati per cercare le relazioni tra le varie forme qui considerate, la presenza di abuso sessuale si accompagna in modo ricorrente a condizioni ascrivibili a elevata conflittualità o violenza domestica che coinvolgeva la coppia genitoriale o comunque ai danni di altri membri della famiglia: il 64% delle donne abusate era esposta a situazioni di elevata conflittualità familiare; il 48% assisteva ad aggressioni verbali, offese e svalutazioni ai danni di un altro familiare. Da quando si è cominciato a non sottovalutare più gli effetti altamen-

**Figura 20 - Comportamenti di maltrattamento psicologico**



te patogenici dell'essere esposti a violenze su un genitore o su altri membri della famiglia, si va dimostrando l'importanza della violenza assistita come forma co-occorrente con tutte le altre forme di abuso infantile: si è stimato che la probabilità che i bambini siano vittime di forme gravi di ESI è dalle due alle sei volte maggiore se sono esposti a violenza assistita intrafamiliare (Felitti *et al.*, 2002).

L'analisi della compresenza di varie forme di maltrattamento vede la violenza assistita (considerata come variabile indipendente) associata in primo luogo a una maggior numero di donne che riportano anche trascuratezza, segue il maltrattamento psicologico e quindi il maltrattamento fisico. Se lo stesso ragionamento viene fatto per il maltrattamento fisico, questo si associa in primo luogo a violenza assistita (circa il 75% delle donne), seguono trascuratezza e maltrattamento psicologico sostanzialmente di eguale peso (oltre il 60%). Per quanto riguarda il maltrattamento psicologico, dove è presente c'è anche violenza assistita (lo riporta il 70% delle donne). In relazione ai maltrattamenti fisici questi sono copresenti con il maltrattamento psicologico nel 50% delle donne.

### Con chi parlare? Ci fu protezione?

Del maltrattamento si parla meno con altri familiari o figure esterne alla famiglia, probabilmente è anche più difficile riconoscere taluni atteggiamenti e atti come violenti e maltrattanti. La difficoltà di condividere con altri o di chiedere aiuto è la conseguenza anche della maggiore contestualizzazione familiare degli eventi riferiti. La bambina o la donna ha taciuto per proteggere se stessa, la propria immagine familiare interiorizzata, oppure non si è neanche interrogata immaginando che alcuni avvenimenti fossero normali, oppure non l'ha fatto perché convinta di essere lei la causa degli abusi subiti.

Chi ne ha parlato l'ha fatto prevalentemente con il partner o con amici (25,9%): i genitori non sono punti di riferimento possibili (con la madre parla il 5,5%, con il padre lo 0,9%) poiché essi sono i principali autori delle violenze, probabilmente ascrivibili in maggior misura alle madri poiché sono le persone da cui le donne si aspettavano meno protezione. Infatti, chi risponde alla domanda «Da chi si sarebbe aspettata protezione?» indica in grande maggioranza il padre (70%). Ma dai maltrattamenti intrafamiliari non sembra esserci protezione possibile all'interno del nucleo: solo il 18,5% delle rispondenti dice di essere stata protetta, mentre il 51% risponde negativamente e il 30,5% non sa cosa rispondere. Come potevano queste bambine reagire contro qualcosa che avveniva nell'intimità delle loro relazioni più importanti? Le risposte a queste domande sul maltrattamento ci forniscono quindi elementi utili a riflettere su quanto sia cruciale il ruolo di adulti esterni all'ambito

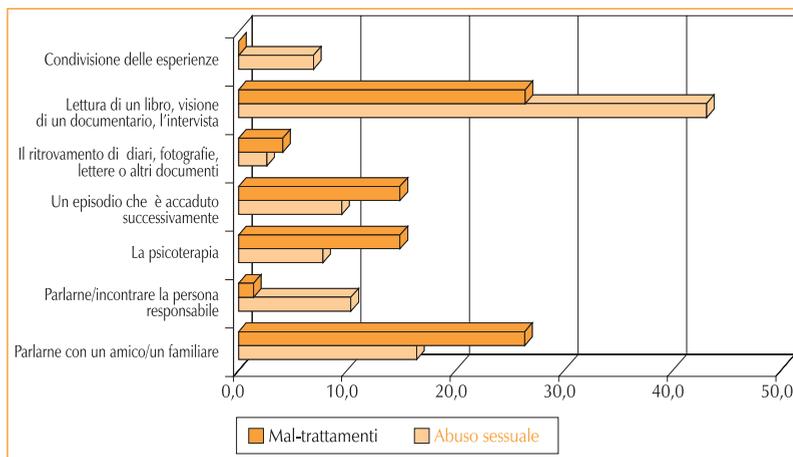
familiare, *in primis* gli insegnanti, nell'offrire ai bambini opportunità di ascolto del loro disagio.

### Sono sempre stati ricordati?

I maltrattamenti si dimenticano meno frequentemente degli abusi sessuali: i maltrattamenti non sono mai stati dimenticati dall'86,9% delle donne, gli abusi dal 76,9%. Non è una differenza eccessiva, ma è interessante osservare che amnesie temporanee o ricordi parziali degli abusi sessuali interessano anche donne con ESI multiple, nella cui memoria è più tollerabile mantenere il ricordo continuativo dei maltrattamenti piuttosto che quello degli abusi. Si propone adesso un esame dei fattori precipitanti il ricordo proposti nell'intervista in relazione sia agli episodi di abuso sia a quelli di maltrattamento.

C'è un aspetto più culturale nel recupero dei ricordi di abuso: il 43% delle risposte indica la lettura di un libro, la visione di un film o l'intervista stessa, mentre per i maltrattamenti questo fattore facilitante ricorre solo nel 26% delle risposte fornite. La dimensione relazionale come terreno che facilita la memoria conta molto come comunicazione amicale e familiare nel caso dei maltrattamenti, per l'abuso è invece possibile andare oltre la cerchia dei più intimi ed è utile anche la condivisione di esperienze con soggetti esterni, quali donne che hanno avuto esperienze simili. Per i maltrattamenti i responsabili, trattandosi dei familiari, sono sempre presenti, non serve incontrarli per ricordare quanto si è subito, è invece più utile la psicoterapia (14,9%) che può aiutare a comprendere e a dare senso ai vissuti, oppure un episodio accaduto successivamente, e questo è vero in particolare

Figura 21 - Fattori precipitanti il ricordo



## 2. Violenze in età adulta

quando al maltrattamento è associato anche abuso sessuale. Cercando, appunto, di cogliere le differenze tra i due sottogruppi in relazione ai maltrattamenti, il ritrovamento di diari, fotografie, lettere o altri documenti aiuta in particolare le donne che riferiscono solo questa forma di ESI.

L'intervista ha voluto indagare, sebbene in modo non approfondito, anche eventuali esperienze di maltrattamento e violenza sessuale subiti in età adulta. Come è noto, infatti, abusi e violenze subiti nell'infanzia possono aumentare il rischio che una persona sia esposta a nuove e ripetute violenze nel corso della vita come conseguenza di una minore capacità di autoprotezione, esposizione al rischio e immesimazione con il vissuto e il ruolo di vittima. In verità, questa sezione del questionario rimescola un po' le posizioni dei gruppi poiché anche donne che non hanno riferito alcuna esperienza di abuso o maltrattamento rispondono positivamente ad alcune delle domande che riguardano la vita adulta, avvalorando una lettura della violenza sulle donne come effetto di meccanismi sociali e contestuali che possono interferire "inaspettatamente" con il percorso di vita di una donna, a prescindere dalle storie dell'infanzia (Muraro, 1997).

Il 13,7% delle donne afferma di aver subito molestie sessuali, prevalentemente in ambiente extradomestico (11,2 vs 2,5).

**Tavola 14 - Molestie sessuali in età adulta**

	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si, in ambiente domestico	1,3	2,2	2,8	3,4	2,5
Si, in ambiente extradomestico	7,6	18,5	9,2	19,8	11,2
No	88,6	76,3	87,6	76,1	85,1
<i>n.r.</i>	2,5	3,0	0,4	0,7	1,2
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Gli eventi pregressi di abuso sono un fattore di rischio specifico come mette in luce il fatto che la probabilità di aver subito molestie sessuali in ambiente domestico o extradomestico è più alta tra le donne che riferiscono abuso sessuale infantile.

Anche minacce e violenze verbali ricorrono nella storia delle donne (14,3%) e, analogamente a quanto appena osservato, in questo caso l'incidenza è significativamente maggiore tra chi ha vissuto anche esperienze infantili di maltrattamento o abuso.

**Tavola 15 - Maltrattamento psicologico e minacce in età adulta nell'ambito familiare**

	Nessuna esi	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di esi	Totale
Si	4,1	4,5	16,6	26,3	14,3
No	94,7	94,0	82,0	72,3	84,3
<i>n.r.</i>	1,2	1,5	1,4	1,4	1,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Le risposte positive sono molto elevate nel gruppo delle donne con ESI multiple, dove si registra un 26,3% di «sì» a fronte di un valore medio del 14,3%.

La presenza di maltrattamento infantile assume un valore predittivo anche rispetto all'esposizione a violenze e aggressioni fisiche in ambiente domestico (tavola 16). Interessa in totale il 6,2% delle donne, ma l'incidenza è pari al doppio nel gruppo delle donne «abusate e maltrattate».

**Tavola 16 - Violenze e aggressioni fisiche in età adulta in ambiente domestico**

Aggressioni fisiche	Nessuna esi	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di esi	Totale
Si	1,5	0,7	7,0	12,5	6,2
No	94,7	91,8	89,9	86,0	90,6
<i>n.r.</i>	3,8	7,5	3,1	1,4	3,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Infine, hanno subito un tentativo d'imposizione o sono state costrette a rapporti sessuali contro la loro volontà il 4,4% delle donne intervistate: in oltre l'80% dei casi l'autore è una persona conosciuta dalla vittima. La scelta di non utilizzare il termine violenza sessuale o stupro è stata motivata dalla forte connotazione semantica posseduta dai due termini, che rimandano a situazioni di vittimizzazione di cui una donna può non essere consapevole, può non riconoscere come tali in considerazione del suo schema di attribuzione di senso oppure che riconosce ma di cui ha paura di parlare. L'assenza di consenso è un concetto più immediatamente comprensibile e permette una maggiore identificazione senza connotare in modo immediatamente negativo la condizione subita pur evocando situazioni di soggezione e sopraffazione.

Tra le donne che hanno subito tali comportamenti, l'analisi per gruppi evidenzia una maggiore esposizione delle donne vittime di ESI multiple. L'elevato peso del gruppo delle donne con maltrattamenti infantili è forse più corretto spiegarlo come effetto di un fattore cultu-

rale legato all'età mediamente più alta di coloro che rientrano in questo gruppo. Il riconoscersi il diritto a esprimere o meno il proprio consenso ai rapporti sessuali anche all'interno di rapporti affettivi o matrimoniali è un'acquisizione ancora in via di maturazione, tanto più le donne si affrancano da una cultura patriarcale che le considerava soggette *naturalmente* alle necessità sessuali del partner.

**Tavola 17 - Rapporti sessuali senza consenso tentati e subiti**

	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI
Sul totale delle donne che hanno risposto positivamente	12,8	2,9	40,2	44,1
<i>Sul totale di gruppo</i>	<i>2,2</i>	<i>2,2</i>	<i>3,6</i>	<i>10,8</i>

Il dato complessivo del 4,4% risulta più alto di quello ottenuto dall'ISTAT (2005) con la seconda indagine sulla *Sicurezza dei cittadini* realizzata nel 2002, nella quale però la definizione adottata era più immediatamente riconducibile al concetto di stupro e tentato stupro. All'interno dell'indagine condotta dall'Istituto nazionale di statistica era, infatti, inserito un modulo sulle molestie e le violenze sessuali che, somministrato a donne dai 14 ai 59 anni d'età, ha permesso di rilevare le vittime dei reati a sfondo sessuale, delineando un quadro di quante hanno subito nella loro vita molestie verbali, fisiche, atti di esibizionismo, telefonate oscene, pedinamenti, ricatti sessuali sul lavoro e stupri o tentati stupri.

Dall'indagine dell'Istat, risulta che oltre la metà delle donne in età 14-59 anni ha subito almeno una molestia sessuale, un ricatto sessuale sul lavoro o una violenza, tentata o consumata, nel corso della vita (55,4%). Le vittime di stupro o tentato stupro rappresentano una quota minimale tra le vittime dei reati a sfondo sessuale (2,9% le vittime di stupro o tentato stupro nel corso della vita), mentre le molestie verbali e le telefonate oscene sono i reati più diffusi (rispettivamente il 25,8% e il 24,8% delle donne in età 14-59 anni). Sono comuni anche gli episodi di pedinamento e gli atti di esibizionismo (entrambi quasi il 23%). Quasi il 20 % delle donne ha subito molestie fisiche. Oltre l'80% degli autori di violenze sessuali tentate o consumate sono persone conosciute dalle vittime.

Studi recenti hanno confermato l'importanza della correlazione tra esperienze di violenza in età minore e violenze subite in età adulta. L'interesse a porre maggiore attenzione a questo legame si afferma come esito degli studi sui bambini e sulle sequele a livello psicopatologico e relazionale dei traumi subiti nell'infanzia e da ciò che si è andati

constatando nel lavoro clinico e sociale con le adulte sopravvissute ad abusi sessuali nell'infanzia e con le donne vittime di violenza domestica accolte presso i centri antiviolenza e nelle case rifugio.

I dati della presente ricerca segnalano che la compresenza di abuso e maltrattamento rappresenta uno specifico fattore di rischio di nuovi abusi in età adulta: sono in genere le donne con ESI multiple quelle più esposte e vulnerabili. A risultati assimilabili giungono anche recenti studi che prendono in considerazione molteplici esperienze pregresse di vittimizzazione infantile (Briere, Elliott, 2003; Arata, 2002; Schaaf e McCanne, 1998; McCauley *et al.*, 1995). Gran parte della letteratura scientifica è focalizzata sulla rivittimizzazione sessuale, ma non mancano studi che includono anche il maltrattamento fisico in età adulta e nell'adolescenza (Noll *et al.*, 2003; Smith, White, Holland, 2003). La rivittimizzazione in età adulta è associata sia a fattori di rischio individuali sia a fattori di rischio di tipo sociale/relazionale. Per esempio, più stretta è la relazione tra perpetratore e vittima nell'abuso infantile, tanto maggiore è il rischio di essere esposti a maltrattamenti e aggressioni negli anni della maturità. In termini di fattori individuali, il rischio di rivittimizzazione è stato associato da alcuni ricercatori a variabili di tipo comportamentale (uso di sostanze) o psicopatologico (dissociazione, bassa autostima, disturbi dell'umore). Cloitre (1998) ipotizza che gli individui affetti da forme forti di dissociazione possano essere meno coscienti dei pericoli esistenti nel loro contesto di vita, esponendosi a un rischio più elevato di subire nuove violenze. Gli aggressori sessuali, tra l'altro, sarebbero in grado di riconoscere come più vulnerabili e assoggettabili proprio le donne con comportamenti dissociativi poiché questi le fanno sembrare particolarmente confuse e distratte e, quindi, un target di più facile accesso (Cloitre, Scarvalone, Difede, 1997).

In un recente studio di Coid *et al.* (2001) che ha coinvolto 1207 donne rivoltesi a servizi territoriali londinesi, volto a verificare la compresenza di abuso sessuale e fisico nell'infanzia e violenza domestica, stupro, aggressioni sessuali e altre esperienze traumatiche in età adulta, si conferma la co-occorrenza di esperienze abusive precoci e successive: in particolare l'abuso sessuale è fattore di rischio per successivi violenza domestica e stupro; la violenza fisica da parte di genitori o altri datori di cure rivela una correlazione forte con violenza domestica, stupro e molteplici altre esperienze traumatiche in età adulta.

Le donne vittime di maltrattamento fisico o che furono testimoni di violenze tra i genitori (quindi violenza assistita) hanno un rischio da tre a sei volte maggiore di essere soggette ad aggressioni fisiche da parte del partner (Bensley *et al.* 2003).

Il fatto che l'abuso nell'infanzia sia un serio fattore di rischio di rivittimizzazione in periodi successivi della vita chiama i servizi e le isti-

tuzioni a investire significativamente nell'area della prevenzione terziaria allo scopo di sostenere e potenziare le capacità di resilienza delle vittime, investendo anche in programmi di formazione socioaffettiva per adolescenti, progetti sicuramente a minor impatto economico dei percorsi clinici di elaborazione del trauma, ma che possono rappresentare opportunità "riparative" preziose – anche se non sono interventi esplicitamente terapeutici – poiché, se ben costruiti e gestiti, possono aiutare le ragazze ad apprendere strategie di autoprotezione nelle relazioni affettive e sessuali (Russell, 1986; Fergusson *et al.*, 1997).

Krahe *et al.* (1999) hanno trovato una forte corrispondenza tra abusi sessuali infantili e nuove vittimizzazioni sessuali in adolescenza o nella prima adultità. In un campione di 281 ragazze dai 17 ai 20 anni partecipanti a un'indagine sulla diffusione di contatti sessuali non voluti tra adolescenti e giovani, risultò che le vittime di abuso sessuale erano pari all'8,9% del campione, cui si aggiungeva un ulteriore 8,5% di ragazze che aveva ricordi confusi e che quindi affermava di non poter escludere di aver subito abuso nell'infanzia. Entrambi i gruppi erano quelli nei quali era più alta la probabilità che fossero riferiti anche contatti sessuali non desiderati in adolescenza.

L'adolescenza è un periodo di crescita estremamente critico per ragazzi che devono fare i conti anche con le difficoltà derivanti dagli esiti di gravi traumi da violenza. Oltre a correre un rischio più alto di riesposizione ad aggressioni da parte di terzi, tra gli adolescenti si accresce anche il rischio di comportamenti suicidari: le ragazze che soffrono di significativi disturbi da stress post-traumatico derivanti da abuso sessuale hanno una probabilità tre volte maggiore di avere pensieri o aver fatto piani suicidari se confrontate con coetanee non abusate, mentre per i ragazzi la probabilità aumenta di dieci volte per quanto riguarda pensieri di suicidio, ma fino a 15 volte aumenta il rischio che abbiano anche commesso tentativi di togliersi la vita. Si tratta di dati derivati da una recente ricerca australiana su un campione di 2485 adolescenti di 14 anni, che offre un quadro indubbiamente drammatico degli effetti dell'abuso sessuale sugli adolescenti maschi (Martin *et al.*, 2004).

### 3. Altri dati caratterizzanti: l'ambiente familiare, lo stato di salute

#### 3.1. La famiglia

Com'era la famiglia delle donne che riferiscono esperienze di abuso o maltrattamento? L'indagine ha cercato di sondare anche la qualità delle modalità comunicative e relazionali esistenti tra i vari membri del nucleo. Le disfunzioni nelle relazioni familiari sono individuate come fattore di rischio ed effetto della violenza intrafamiliare. I dati rimandano immagini di famiglie nelle quali esistevano modalità disfunzionali, se non addirittura patologiche, nei rapporti tra i vari membri e tra genitori e figli. Ci sono sfumature importanti e variabili tra un gruppo e l'altro, ma le difficoltà più rilevanti affiorano nel gruppo

delle donne con ESI multiple a conferma della maggiore sensibilità di questo gruppo a vari fattori di rischio. In queste famiglie le bambine si trovavano esposte a:

- tensioni tra i vari membri che tendevano a rimanere non espresse oppure a prendere la forma di litigi frequenti;
- difficoltà nell'espressione dei sentimenti;
- segreti;
- scarse possibilità di chiedere aiuto nei momenti di difficoltà;
- accuse reciproche quando c'erano problemi;
- umiliazioni e svalutazioni vicendevoli;
- comportamenti di prevaricazione per esprimere le proprie idee e opinioni.

Anche la qualità delle relazioni interne ed esterne al nucleo risultava problematica. Nel ricordo delle donne, dove c'è stato abuso o maltrattamento, in particolare in forma grave o molto grave, la famiglia d'origine era contraddistinta da:

- pochi contatti con la famiglia allargata e la rete sociale;
- difficoltà a sentirsi libere d'essere se stesse ed esprimere i propri bisogni;
- confusione tra sottosistema filiale e sottosistema genitoriale;
- percezione di non sentirsi amati;
- scarsa capacità di affrontare i cambiamenti e situazioni impreviste;
- bassa disponibilità ad assumersi la responsabilità del proprio comportamento;
- uno stato d'animo familiare spesso triste e depresso;
- poco rispetto per l'intimità di ciascuno;
- atteggiamenti discriminanti di uno o entrambi i genitori nei confronti di un figlio;
- rotture ostili dei rapporti con gli altri parenti.

Si è, quindi, dinanzi a famiglie con bassi livelli di coesione e di adattabilità a mutamenti interni ed esterni: agli eventi stressanti questi nuclei sembrano capaci di reagire solo con comportamenti di negazione delle responsabilità e di attribuzione univoca delle cause del problema agli altri membri della famiglia (i conflitti irrisolti rimangono disconosciuti e aspetti personali inaccettabili sono attribuiti ad altri). La funzione di coping appare compromessa, e deboli le risorse e le capacità per assicurare il mantenimento dell'organizzazione interna al nucleo; la promozione dell'indipendenza e dell'autostima dei membri

della famiglia; la cura dei legami; lo sviluppo di sostegni sociali; il controllo dell'impatto degli eventi di stress (Scabini, 1995).

Lo script familiare si compone di elementi confusi: i nuclei sono al contempo disimpegnati (accuse reciproche) e invischiati (si pensi ai segreti, alla non frequentazione di parenti o altre famiglie); i membri sono distanti affettivamente, ma anche reciprocamente intrusivi; non c'è tenuta di ruolo né presenza di una funzione normativa.

Alcune delle situazioni che qualificano le famiglie delle donne vittime di abuso e/o maltrattamento si configurano in letteratura e nell'esperienza clinica come fattori di rischio per l'insorgenza di abusi o il loro cronicizzarsi. Sono classificabili come tali, in particolare:

- le risposte inadeguate allo stress e l'iperattivazione emotiva;
- l'attribuzione di causalità interne più ad altri membri che a se stessi;
- l'isolamento familiare e sociale;
- la tendenza a rotture ostili;
- l'aggressività nelle modalità comunicative;
- la mancanza di rispetto per l'intimità degli altri familiari.

Senza correre il rischio di condurre un'analisi che vada al di là dei dati effettivamente ricavati dall'indagine, le informazioni disponibili sulla famiglia offrono qualche elemento per formulare alcune ipotesi sui modelli relazionali e affettivi che possono aver accompagnato la crescita delle allora bambine. Se si riconducono gli aspetti emersi alle quattro dimensioni che caratterizzano lo stile di accudimento – cioè sensibilità/insensibilità; accettazione/rifiuto; cooperazione/interferenza; accessibilità/inaccessibilità (Maccoby, citato in Browne, 1998) – le famiglie in questione si rivelano scarsamente accuditive, collocandosi preferibilmente verso l'estremo critico di ciascuna dimensione: difficoltà a prestare ascolto alle esigenze dei figli e a modulare le risposte al loro stato; atteggiamenti rifiutanti e discriminanti tra i figli; controllo e negazione dei bisogni; scarsa attenzione e capacità di contenimento e aiuto.

L'elaborazione dei dati ricavati dalle interviste induce a pensare che in taluni casi le domande proposte abbiano aiutato le donne a dare senso e a trovare un nome per le loro esperienze pregresse, fossero queste solo i vissuti familiari o eventi di maltrattamento. Dare un nome alle cose serve anche a collocarle al giusto posto nel sistema dei significati e nella scala di attenzione, perciò se per abuso all'infanzia e maltrattamento si intendono tutte le forme di cattiva salute fisica ed emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento o altro che comporti un pregiudizio reale o potenziale per la salute di un

bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere, allora taluni comportamenti "catturati" nella parte dedicata alla famiglia sono indicativi di forme abusive che risultano condivise anche dalle donne che hanno risposto negativamente sia alla parte sull'abuso sia a quella sui maltrattamenti. Comportamenti attivi o omissivi che possono pregiudicare il normale percorso di sviluppo di un bambino, anche a prescindere dall'intenzionalità con la quale sono posti in essere, appaiono allora molto più diffusi di quanto stimato dalla ricerca stessa. In ogni caso, qualunque sia la definizione che s'intende adottare, dal punto di vista della promozione del benessere di un bambino ogni situazione di pregiudizio o di vero e proprio abuso genera una sofferenza che non dovrebbe appartenere all'esperienza "normale" di un minore. Come scrive Maria Teresa Pedrocco Biancardi (2004), la sofferenza normale è quella legata alla crescita, ai distacchi, alle perdite, alle frustrazioni e all'accettazione della differenziazione dalla madre, dall'altro amato. C'è poi una sofferenza legata all'esistenza, agli eventi della vita come le malattie, la morte delle persone care, le scelte che implicano rinunce dolorose. Sono sofferenze che gli adulti possono accogliere, ascoltare, ma non eliminare. La sofferenza della violenza è quella che nasce da relazioni distorte, non accudenti e non accettanti, perverse; questa è una sofferenza che può essere eliminata, che deve essere combattuta perché genera attacchi all'autostima dei bambini, genera blocco dell'energia psichica e attacchi al benessere della mente da cui si producono scariche distruttive e autodistruttive.

### 3.2. Difficoltà familiari

Difficoltà familiari riconducibili a disoccupazione, dipendenza da sostanze di uno o entrambi i genitori, malattie croniche rilevanti di un familiare sono considerate fattori di rischio per il maltrattamento e l'abuso sessuale poiché rappresentano fattori di stress cronico che indeboliscono le capacità di coping dei datori di cure e facilitano il viraggio verso modalità relazionali sia confusive dei ruoli genitoriale e filiale, sia aggressive e violente. Un terzo delle donne li ricorda presenti nella loro famiglia d'origine

Le donne che non riferiscono alcuna specifica esperienza sfavorevole infantile descrivono storie familiari ove sono nettamente meno ricorrenti problemi di dipendenza, disagi economici, gravi malattie. Il peso relativo delle donne con ESI multiple e di quelle esposte a maltrattamenti aumentano invece di molti punti percentuali nella distribuzione delle risposte a queste domande del questionario. Ponendo uguale a zero il valore della loro distribuzione marginale generale, rispettivamente, come si ricorderà, pari a 18,1% e 49,6%, le figure sottostanti descrivono in modo immediato le condizioni critiche nelle quali sono cresciute queste persone.

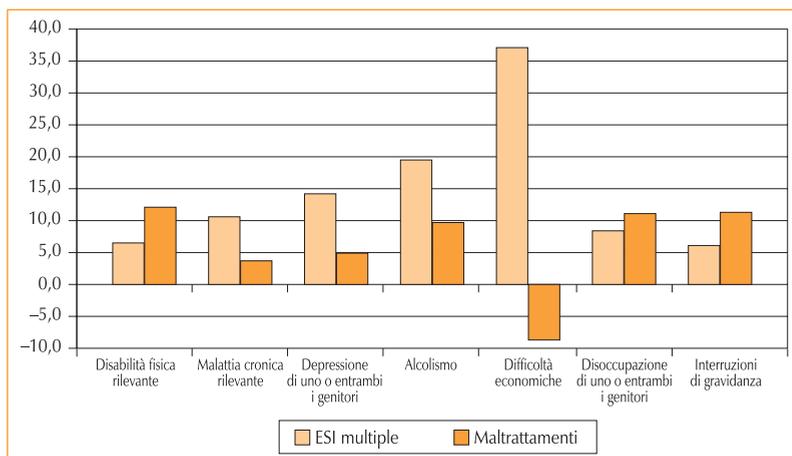
Le donne che hanno esperito ESI multiple sono quelle cresciute in nuclei familiari caratterizzati da una trama affettiva e relazionale alterata significativamente dall'incidenza di malattie croniche disabilitanti di uno o entrambi i genitori, depressione, difficoltà economiche, dipendenza da alcol, interruzioni di gravidanza da parte della madre.

Le vicende delle donne con una storia di maltrattamenti sono interpretabili meno univocamente; ciò che risalta con maggior forza nell'analisi dei dati è una vulnerabilità collegata in modo particolare a problemi di salute di un familiare e alla gestione di una quotidianità resa incerta dalla precarietà del posto di lavoro di uno o entrambi i genitori. La maggiore esposizione a interruzioni di gravidanza della madre è un dato che può avere una duplice lettura: da un lato, queste donne hanno un'età media più alta, le loro madri avevano quindi meno accesso a pratiche anticoncezionali diverse dall'aborto, un tempo più diffuso di oggi e praticato in condizioni di estrema rischiosità per la salute della donna; dall'altro, la presenza di un familiare con disabilità fisica grave e l'incertezza di un posto di lavoro per uno o entrambi i genitori può aver reso la famiglia meno disponibile ad accogliere altri figli da accudire.

L'esame dei risultati permette di esplorare un po' anche chi erano i familiari portatori di problemi:

- le madri sono prevalentemente depresse o con disturbi psichiatrici gravi;
- i fratelli o le sorelle sono i familiari che catalizzavano su di sé energie perché portatori di disabilità, malattie croniche rilevanti, disturbi psichiatrici;

**Figura 22 - Scostamento percentuale della distribuzione marginale delle donne con ESI multiple e maltrattamenti, rispetto alla distribuzione in relazione a specifici problemi della famiglia d'origine**



- i disagi economici del nucleo sono attribuiti in gran parte a precarietà nel lavoro o perdite forti di denaro da parte dei padri, che sono anche coloro che hanno problemi di alcolismo e/o malattie croniche gravi.

Circa il 20% delle famiglie non chiese aiuto né a parenti né a servizi esterni; questa chiusura è particolarmente alta tra le donne con ESI multiple. Il resto delle famiglie si rivolse, in ordine di importanza, a: servizi territoriali sociosanitari, familiari, servizi o specialisti privati, amici, al sacerdote. Il fatto che un terzo delle famiglie abbia chiesto consulenza a servizi pubblici territoriali è un indicatore positivo della capacità di portare all'esterno problemi familiari che si riconosce non gestibili in modo privato e discrezionale, una scelta che, quando viene fatta, non rivela particolari differenze tra le donne in base al percorso di vita dichiarato.

Perché non si chiede aiuto? La maggior parte risponde che non ne aveva bisogno (37,5% delle risposte; erano possibili risposte multiple) o non voleva chiedere aiuto all'esterno (26%), una risposta, quest'ultima, che ricorre spesso tra le donne che subiscono maltrattamenti e abuso sessuale, cioè appartenenti a nuclei spesso isolati, diffidenti ("non avevano fiducia nel servizio pubblico") e ripiegati su relazioni confuse e conflittuali, caratteristiche che alimentano un deficit di capacità informativa: la maggior parte non sapeva a chi rivolgersi, oppure viveva in contesti ove non c'erano servizi accessibili (e non li cercò altrove...).

### 3.3. La salute delle donne

Dai dati contenuti nel *Rapporto su violenza e salute* predisposto dall'Organizzazione mondiale della sanità (WHO, 2002), maltrattamenti e abusi si confermano come severo fattore di rischio per lo sviluppo di sofferenze fisiche e psicologiche. Nel *Rapporto* si riconosce che esistono oggi dati sufficientemente validati a livello internazionale per affermare che numerose forme di malattie in età adulta – tumori, malattie croniche, disturbi gastrointestinali, ischemie ecc. – sono correlabili a esperienze di abuso subite nel corso dell'infanzia. C'è anche un crescente riconoscimento di quanto differenti esperienze di violenza infantile si ripercuotono sul comportamento adulto rispetto alla salute e alla sessualità (uso di sostanze, fumo, abuso di alcol, comportamenti sessuali a rischio, disfunzioni sessuali). Felitti *et al.* (1998) hanno esaminato l'impatto di maltrattamento fisico, psicologico e abuso sessuale sull'adozione in età adulta di comportamenti a rischio per la salute, registrando una correlazione positiva tra la presenza di esperienze traumatiche e l'uso di sigarette, l'obesità, l'inattività fisica, l'alcolismo, l'uso di eroina, la promiscuità sessuale e la presenza di malattie sessualmente trasmissibili. Altre ricerche indicano che le donne vittime di abuso sessuale nell'infanzia soffrono di disturbi fisici cronici e riportano un maggior numero

di interventi chirurgici e ospedalizzazioni rispetto a donne che non hanno subito abuso sessuale (Rodgers *et al.*, 2004).

In anni più recenti, questo campo d'indagine si è ampliato sino a includere nell'analisi l'impatto anche di altre forme di maltrattamento quali la trascuratezza materiale e affettiva e la violenza assistita, poiché il contributo di singole forme di abuso all'infanzia si è rivelato essere poco significativo nello spiegare configurazioni di comportamento a rischio rispetto alla salute.

Il gruppo delle donne che riportano sia esperienze di abuso sia esperienze di maltrattamento è quello caratterizzato da un maggior numero di disturbi fisici ricorrenti, con differenze talvolta molto elevate rispetto all'incidenza dei vari disturbi sia sul campione in generale, sia sugli altri due gruppi con solo abuso sessuale o solo maltrattamenti. A questo proposito è opportuno tenere presente che la variabile maltrattamenti ivi considerata è variabile composita poiché assume in se stessa forme di trascuratezza, di violenza assistita, di maltrattamento fisico e psicologico.

L'indagine ha voluto indagare tali aspetti attraverso domande volte a ricostruire lo stato di salute e le esperienze nella sfera della sessualità. Il questionario proponeva una domanda sulla frequenza di 19 specifiche categorie di disturbi o espressioni di comportamento a rischio rispetto alla salute:

- difficoltà nel ciclo mestruale (amenorrea - discontinuità/assenza di mestruazioni - dismenorrea - mestruazioni dolorose e frequenti);
- disturbi gastrointestinali (bruciore di stomaco);
- difficoltà di digestione (dispepsia), gastriti, dolori addominali, colite;
- sensazione di globo in gola/difficoltà a ingerire;
- cefalea;
- vomito;
- stipsi;
- diarrea;
- disturbi dell'apparato genitale (infiammazioni alle ovaie o all'utero, infiammazioni vaginali, dolori pelvici);
- asma;
- problemi cardiovascolari/problemi di circolazione;
- tensioni muscolari;
- depressione;
- disturbi alimentari;
- ansia;

- attacchi di panico;
- difficoltà nelle relazioni;
- dipendenza dall'alcool;
- uso di droghe/sostanze;

I dati attualmente disponibili sono stati analizzati semplificando la scala di frequenza su cinque modalità (sempre, spesso, qualche volta, raramente e mai) nella distribuzione: presente (sempre, spesso, qualche volta) e assente (raramente e mai)

Da una prima disamina complessiva delle informazioni raccolte si nota che:

- il gruppo di coloro che non riferiscono alcuna esperienza di maltrattamento e abuso presenta un'incidenza sistematicamente inferiore di tutti i tipi di disturbi fisici e comportamenti a rischio per la salute;
- il gruppo di coloro che affermano di aver subito sia forme di maltrattamento sia abuso sessuale è invece quello che riporta una maggiore presenza e frequenza di disturbi fisici.

Com'è evidente dalla lista sopra riportata, si tratta di disturbi che, nella maggioranza dei casi, possono tendere alla cronicizzazione e, in taluni casi – si pensi agli attacchi di panico – hanno pure un effetto invalidante.

Le maggiori differenze tra il gruppo di controllo e il gruppo “positivo” a una qualche forma di ESI interessano le seguenti aree.

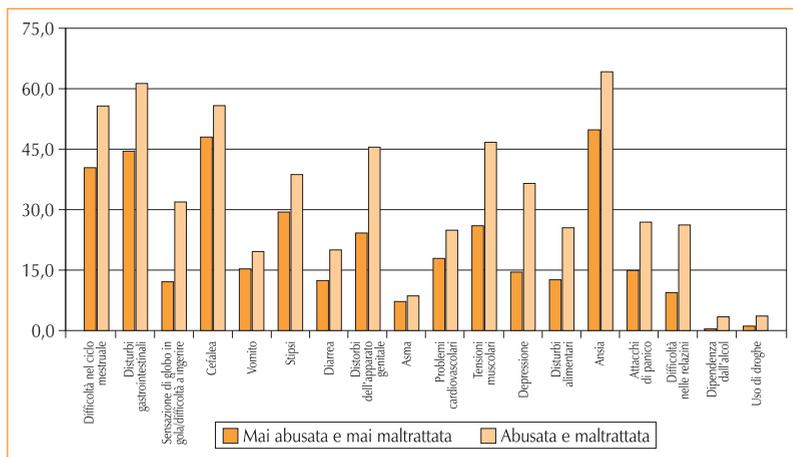
- 1) L'area dei disturbi mestruali (amenorrea o dismenorrea) e dell'apparato genitale: è ormai dimostrato che esiste una stretta relazione tra sistema ormonale e sistema nervoso, una relazione che spiega l'associazione tra fasi del ciclo mestruale e variazioni dell'umore (dalla sindrome premestruale lieve fino alla forma più seria e invalidante). La sindrome premestruale si associa sovente a problemi psichici, a storie di abuso e/o violenza, psichica, fisica o sessuale.
- 2) L'area dei disturbi dell'umore e delle relazioni (depressione, difficoltà nelle relazioni, attacchi di panico).
- 3) L'area dei disturbi gastrointestinali e di difficoltà nella deglutizione: il campione conferma quanto indicato dalla letteratura sull'argomento poiché l'incidenza di tali disturbi è sempre superiore nei gruppi di persone che riportano una qualche forma di maltrattamento e abuso rispetto al gruppo di controllo. La sensazione di globo in gola o difficoltà a ingerire è un disturbo che talune ricerche riportano come presente nella somatizzazione di vittime di abuso sessuale specialmente quando esse sono state

costrette a rapporti orali. Sui disturbi gastrointestinali in associazioni a violenze attuali o pregresse sono state realizzate alcune ricerche pionieristiche anche in Italia (Pallotta, 2004) nelle quali si conferma una maggiore frequenza di disturbi gastroenterologici in associazione ad abusi infantili, che determinano sintomi più gravi e cronicizzati con il tempo.

Uno scarto meritevole d'attenzione è anche quello relativo a disturbi muscolari che la ricerca ha qualificato come "tensioni muscolari". In effetti, in campo osteopatico e dei trattamenti specialistici, come i massaggi *rolfing*, alcune esperienze pionieristiche su piccoli campioni riferiscono una diffusione particolarmente significativa di disturbi fisici tra le persone che rivelano esperienze traumatiche infantili. È esperienza comune che, quando si è affetti da uno squilibrio di qualsiasi genere (fisico, mentale, emozionale), questo si manifesta sul piano somatico con una modificazione della postura. Ogni cambiamento può persistere nel tempo producendo una densificazione nella massa muscolare che genera dolore (Bertoli, 2005).

I disturbi nel comportamento alimentare (bulimia e anoressia) sono altri effetti di psicosomatizzazione a breve e a lungo termine che la letteratura associa a esperienze di abuso subite nell'infanzia. I dati disponibili riflettono quanto è oggi conosciuto sulla relazione tra violenza e disturbi alimentari: infatti, in tutti e tre i gruppi positivi a violenza nell'infanzia tale disturbo ha un'incidenza maggiore rispetto al gruppo di controllo.

**Figura 23 - Donne mai abusate e mai maltrattate e donne abusate e maltrattate secondo i disturbi che possono aver avuto nel corso della vita - percentuale di donne che ha sofferto di specifici disturbi**



## Analisi dei profili di gravità\*

*Premessa; 1. La diffusione: il quadro generale dei dati; 2. I profili di gravità; 3. Le ESI ad alto impatto traumatico; 4. Le ESI nel tempo; 5. I percorsi scolastici; 6. I fattori di rischio familiare; 7. Le relazioni familiari viste dall'interno; 8. Il profilo sociologico familiare; 9. Le caratteristiche degli eventi nell'abuso sessuale; 10. Lo svelamento e il ricordo nell'abuso sessuale; 11. ESI e salute; 12. Gli esiti nell'area della sessualità; 13. Altre ricadute emotive e comportamentali*

### Premessa

Maggiore è il livello di gravità dell'esperienza di abuso sessuale e maltrattamenti, maggiore e più duraturo ci attendiamo che sia anche l'esito in termini di disagio in vario modo espresso. Per quanto la letteratura orienti sempre più a una combinazione dinamica di fattori di rischio e di protezione nel dar conto degli esiti che ogni esperienza potenzialmente traumatica può avere sul soggetto che la subisce – considerando non soltanto fattori inerenti l'esperienza in sé, ma anche precedenti e successivi alla stessa –, resta tuttavia innegabile una correlazione degli esiti con i fattori intrinseci all'esperienza traumatica. Certamente, dal punto di vista clinico, per indagare l'interconnessione dinamica di fattori appartenenti a cerchi concentrici temporali (pre, durante e post) e contestuali (relativi alle caratteristiche dell'individuo, della famiglia, della comunità e del contesto culturale, istituzionale, sociale di appartenenza) occorrerebbe approfondire anche lo studio di casi, un passaggio ulteriore che potrà essere immaginato a integrazione dell'analisi dei dati di questa ricerca campionaria.

Gli obiettivi del presente contributo all'analisi dei dati sono essenzialmente due:

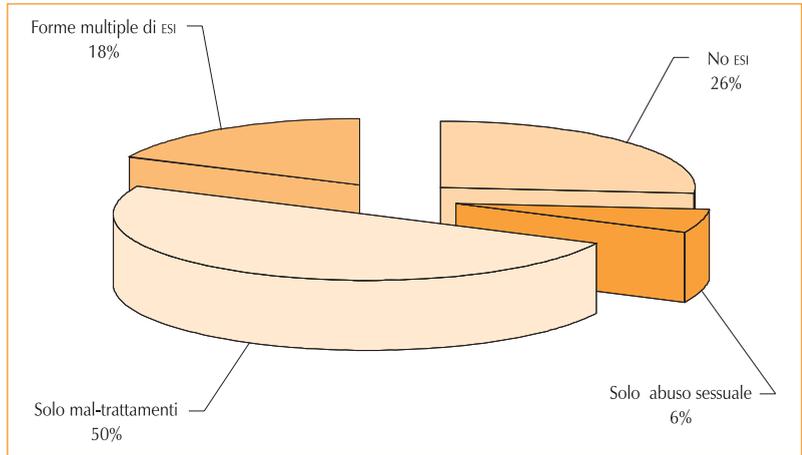
- rilevare la coerenza dei dati italiani con quelli della letteratura internazionale;
- rilevare il “peso specifico” della qualità e della gravità dell'abuso sulle conseguenze sullo stato di salute fisico, relazionale, emotivo, cognitivo, successivo e nell'età adulta.

---

\* Marinella Malacrea, neuropsichiatra infantile e terapeuta familiare, membro dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.

1. La diffusione:  
il quadro generale  
dei dati

Figura 1 - Gruppi di donne secondo il percorso di vita dichiarato



Come è stato illustrato, la ricerca ha permesso di stimare che il 5,9% della popolazione italiana femminile ha fatto esperienza di almeno una qualche forma di abuso sessuale, non associata a forme di maltrattamenti, prima dei 18 anni, il 18,1% ha esperito sia eventi di abuso sessuale sia di maltrattamenti, mentre il 49,6% ha vissuto una qualche forma lieve, moderata o grave di maltrattamenti.

Il primo commento è che il complesso delle esperienze sfavorevoli infantili (ESI) purtroppo fa parte pienamente del quotidiano, considerando che solo un quarto delle intervistate ha dato risposte che portino a escluderle. Si può quindi affermare che qualche forma di abuso all'infanzia attraversa la vita di molte bambine.

Inoltre, forme multiple di ESI sono diffuse in modo preoccupante. Si tratta di quelle infanzie in cui tutto è potuto succedere, in cui abusi di ogni tipo hanno potuto aver luogo, contemporaneamente e/o in momenti successivi.

Perché è preoccupante? Perché è noto che la molteplicità di esperienze negative, che spesso si associa alla loro cronicità, peggiora gli esiti immediati e a distanza non in modo lineare ma esponenziale.

2. I profili di gravità

Si considerano adesso i dati relativi ai profili di gravità dell'abuso sessuale, dei maltrattamenti e delle forme multiple, per rilevare la prevalenza di quel tipo e di quella gravità di ESI che con più probabilità provocano conseguenze negative, correlate all'instaurarsi nel soggetto dei funzionamenti tipici di chi subisce esperienze traumatiche. Sono quelle esperienze da cui ci si può aspettare delle conseguenze sul per-

corso evolutivo, sullo stato di benessere, sulla strutturazione di modelli di pensiero e comportamento, che a loro volta moltiplicano le esperienze sfavorevoli nella vita successiva.

Per quanto riguarda l'abuso sessuale, premesso che ogni forma di sessualizzazione del rapporto con un bambino – che non è in grado di dare il suo libero consenso – e/o di forzatura nell'interazione sessuale devono essere considerate un'evenienza infausta, potenzialmente gravida di conseguenze negative e in grado di destabilizzare il percorso evolutivo del bambino stesso, è giusto porsi il problema di individuare quali categorie di tale sessualizzazione hanno uno specifico gradiente di gravità. Rifacendosi agli schemi più consolidati già adottati in letteratura, come anticipato in precedenti capitoli, sono stati adottati i termini **lieve**, **moderato** e **grave** per indicare diverse costellazioni di fattori connessi all'abuso sessuale. I profili di gravità, come si ricorderà, sono stati definiti attraverso indicatori sintetici basati su: il tipo di abuso subito, il tipo di legame con l'autore, la frequenza, l'età d'inizio e la presenza o meno di alcuni elementi aggravanti quali, per esempio, l'imposizione del segreto con la violenza.

Ragionamenti analoghi si sono resi necessari per quanto riguarda i maltrattamenti, ancora più opportuni se si pensa che, diversamente dall'abuso sessuale che è sempre percepito come anomalo in ogni contesto socioculturale, per maltrattamento fisico, trascuratezza, abuso psicologico ci sono aree di confine, influenzate proprio dal contesto sociale e dall'evoluzione culturale, in cui determinati atti, specie se non abituali ma sporadici, possono essere percepiti non come violenti od omissivi ma come parte di sistemi comuni e condivisi di allevamento e di educazione dei figli.

I livelli di gravità dei maltrattamenti sono stati definiti considerando indicatori sintetici come: il tipo di maltrattamenti subito, la presenza di maltrattamenti multipli e la frequenza, oltre che le caratteristiche di multiproblematicità del contesto familiare (genitori o fratelli affetti da malattie croniche, disturbi psichiatrici, dipendenza da sostanze, improvvise e gravi difficoltà economiche in famiglia, modalità di relazione patologiche).

Si constata che l'abuso sessuale non è frequente in forma "pura": anche quando il livello di gravità è lieve l'associazione con i maltrattamenti è importante. I maltrattamenti compaiono molto più frequentemente senza associazione con la componente sessuale: nel grado lieve solo un soggetto su quattro ha una componente sessuale nell'esperienza e nel grado moderato uno su tre. Il rapporto è inverso quando si focalizza sulle esperienze di abuso sessuale, in modo sempre più evidente quanto più l'esperienza è stata grave. Infatti, se le forme multiple di ESI riguardano due su tre donne con abuso sessuale lieve, esse arrivano a riguardare sei soggetti su sette se l'abuso sessuale è stato gra-

**Tavola 1 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo la gravità dell'abuso e il percorso di vita dichiarato (% di colonna e di riga)**

Gravità abuso	Solo abuso sessuale	Forme multiple di esi	Totale
Lieve	45,9	37,4	39,4
Moderato	46,6	47,6	47,4
Grave	7,5	15,0	13,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Lieve	28,2	71,8	100,0
Moderato	24,5	75,5	100,0
Grave	13,9	86,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 2 - Donne con esperienza di maltrattamenti secondo la gravità dei maltrattamenti e il percorso di vita dichiarato (% di colonna e di riga)**

Gravità maltrattamenti	Solo maltrattamenti	Forme multiple di esi	Totale
Lieve	75,0	63,5	71,8
Moderato	23,0	27,8	24,4
Grave	2,1	8,6	3,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Lieve	76,4	23,6	100,0
Moderato	69,4	30,6	100,0
Grave	38,9	61,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>73,2</b>	<b>26,8</b>	<b>100,0</b>

ve. Anche nelle situazioni di maltrattamenti gravi diventa maggioritaria la forma multipla di ESI: tre soggetti su cinque con maltrattamenti gravi sono stati anche abusati sessualmente.

Questo dato porta a far cadere l'ipotesi, che sembra dettata dal senso comune, che laddove la relazione negativa tra adulto e bambino prende una certa via di scarico (per esempio gli scoppi aggressivi o la distanza trascurante), questo compete con altre vie di scarico: è vero l'opposto. Anzi, il fallimento dei meccanismi di autocontrollo del perpetratore può allargarsi a macchia d'olio con esiti diversi. Si sa anche che molte delle situazioni di abuso sessuale rilevate non sono perpetrate all'interno della famiglia nucleare, ma al di fuori di essa; i maltrattamenti, invece, riguardano sempre l'ambito familiare. Se si riflette su queste situazioni, il dato ci porta a ipotizzare che i maltrattamenti in famiglia creino premesse di vulnerabilità della vittima tali da rendere possibile l'impensabile, in qualsiasi ambiente. Ritornano così alla

mente le pre-condizioni familiari dell'abuso sessuale schematizzate da Finkelhor, citate nel capitolo «Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine» in questo stesso volume.

### 3. Le ESI ad alto impatto traumatico

È opportuno anche chiedersi quanto le situazioni più gravi siano diffuse nella popolazione generale.

**Tavola 3 - ESI ad alto impatto traumatico**

<b>Esperienza</b>	
Solo abuso sessuale grave	0,82
Solo maltrattamenti gravi	0,56
Abuso sessuale grave e maltrattamenti gravi	0,04
Abuso sessuale grave e maltrattamenti lievi o moderati	2,45
Abuso sessuale lieve o moderato e maltrattamenti gravi	1,33
Abuso sessuale moderato e maltrattamenti moderati	1,89
<b>Totale</b>	<b>7,09</b>

Per stimare il peso specifico delle ESI gravi è necessario indagare con precisione il gruppo di soggetti con ESI multiple. Potrebbe, infatti, esserci una piena sovrapposizione dei profili di gravità o una piena discrepanza: tutti i soggetti abusati sessualmente in grado grave potrebbero aver subito maltrattamenti anche in forma grave; oppure tutti i soggetti abusati sessualmente in forma grave potrebbero aver subito esperienze di maltrattamenti in grado solo lieve o moderato. Analogo ragionamento ipotetico può essere fatto a partire dal profilo grave dei maltrattamenti.

È inoltre ragionevole supporre che laddove le esperienze di abuso sessuale e di maltrattamenti abbiano caratterizzato l'infanzia di un unico soggetto, anche un profilo di gravità moderato di ambedue le componenti associate configuri un rischio grave per il percorso evolutivo e per la salute fisica e psichica, a causa dell'amplificazione di impatto dovuta alla molteplicità delle ESI.

I valori assoluti sono stati rilevati grazie all'incrocio dei dati relativi ai singoli soggetti per cui si verificava l'associazione delle variabili individuate. Le percentuali presenti nella tavola 3 sono state calcolate sulla popolazione dei soggetti intervistati e quindi, per le ragioni già altrove illustrate, corrispondono alla prevalenza delle forme e del grado di gravità individuato nella popolazione femminile italiana.

Il gruppo di popolazione ad alto rischio di esiti post-traumatici costituisce quindi circa il 7% della popolazione femminile italiana.

Siamo a numeri più ragionevoli, proporzionati a uno sviluppo sostenibile di servizi ad alta specializzazione, come devono essere quelli per il trattamento delle patologie post-traumatiche importanti. Appare indubbiamente necessaria una programmazione a tutto campo, che

investa sulla prevenzione e sull'individuazione precoce delle ESI, specie gravi, durante l'infanzia, tenendo anche conto di quanta parte della popolazione adulta possa essere portatrice di queste esperienze negative. Incorporare abitualmente l'ipotesi di un'eziopatogenesi traumatica nei ragionamenti diagnostici relativi a molti sintomi e costellazioni patologiche che si manifestano in età adulta rappresenta un passo avanti importante sia nella prospettiva di offrire interventi specifici efficaci ed efficienti per il trattamento degli adulti sia in quella della prevenzione precoce del rischio potenziale di abuso su bambini e bambine.

#### 4. Le ESI nel tempo

Oggi si sta meglio di ieri? Considerando la fascia estrema, quella dell'abuso sessuale grave e delle altre ESI gravi, non è possibile concludere in questo senso.

Alla fascia delle più giovani (classe d'età 19-32 anni), anche se percentualmente essa è costituita significativamente da più soggetti che non hanno mai subito nell'infanzia esperienze sfavorevoli (il 32,6% contro il 26,5% e il 22,3% delle altre due fasce d'età, tav. 4), non è risparmiata l'esperienza dell'abuso sessuale grave, che anzi pesa di più in questo gruppo (18%) rispetto agli altri gruppi d'età (rispettivamente situati al 10 e al 14%).

Lo conferma anche la distribuzione per classi di età del totale degli abusi sessuali gravi, dove risalta, a fronte dell'andamento più movimentato nelle colonne corrispondenti alle altre tipologie di abuso, la

**Tavola 4 - Donne secondo alcune classi d'età e il percorso di vita dichiarato**

Classi d'età	No ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Da 19 a 32	32,6	4,4	43,8	19,2	100,0
Da 33 a 46	26,5	7,6	45,4	20,5	100,0
Da 47 a 60	22,3	5,2	57,3	15,2	100,0
<i>n.r.</i>	44,4	0,0	22,2	33,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo alcune classi d'età e gravità di abuso (% di riga)**

Classi d'età	Lieve	Moderato	Grave	Totale
Da 19 a 32	33,6	48,4	18,0	100,0
Da 33 a 46	44,1	45,9	10,0	100,0
Da 47 a 60	37,0	48,7	14,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>39,3</b>	<b>47,5</b>	<b>13,2</b>	<b>100,0</b>

costanza dei valori percentuali nelle tre fasce d'età: 31,5% nella classe 19-32 anni, ancora 31,5% nella fascia 33-46 anni, 37% nella fascia 47-60 anni (tav. 6).

È diverso l'andamento per i maltrattamenti senza componente sessuale?

Se c'è un calo significativo nella fascia più giovane, in cui i maltrattamenti si situano al 43,8% contro il 57,3% nella fascia delle meno giovani (tav. 4), l'osservazione dei profili di gravità e quindi dell'intensità dell'esperienza negativa porta a conclusioni del tutto analoghe a quanto già visto per l'abuso sessuale.

Anche se avrebbe una sua logica tranquillizzante, è poi difficile affermare che questa persistente o crescente "gravità" sia frutto di un diverso "metro di misura", che induce chi è più giovane a dare un valore alla propria esperienza diverso da chi è cresciuto in condizioni socioculturali più spartane: è opportuno, infatti, ricordare che la scala di gravità è stata composta a partire da domande fattuali e non da opinioni o giudizi soggettivi delle intervistate. Difficile è anche pensare che chi ha meno vita da ripassare mentalmente ricordi meglio o di più: le forme gravi di ESI non sono mai episodi, pure sgradevoli e distur-

**Tavola 6 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo alcune classi d'età e gravità dell'abuso (% di colonna)**

Classi d'età	Lieve	Moderato	Grave	Totale
Da 19 a 32	19,8	23,7	31,5	23,2
Da 33 a 46	46,5	40,1	31,5	41,5
Da 47 a 60	32,3	35,1	37,0	34,2
n.r.	1,4	1,1	0,0	1,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,00</b>

**Tavola 7 - Donne con esperienza di maltrattamenti secondo alcune classi d'età e gravità dei maltrattamenti (% di colonna e di riga)**

Classi d'età	Lieve	Moderato	Grave	Totale
Da 19 a 32	21,6	21,8	32,2	22,0
Da 33 a 46	36,3	28,7	30,5	34,2
Da 47 a 60	41,5	48,7	37,3	43,1
n.r.	0,6	0,8	0,0	0,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Da 19 a 32	70,5	24,0	5,6	100,0
Da 33 a 46	76,2	20,4	3,4	100,0
Da 47 a 60	69,3	27,4	3,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>71,8</b>	<b>24,4</b>	<b>3,8</b>	<b>100,0</b>

banti, ma in fondo dimenticabili, e quindi o sono rimosse, con grande dispendio di energie psichiche, o si ricordano per sempre.

Anche se non si vuole sopravvalutare la differenza in punti percentuali, come minimo si è costretti ad ammettere che uno “zoccolo duro”, relativo a relazioni perverse e sadiche di cui i bambini sono vittime, persiste negli anni, inossidabile al cambiamento dei costumi, alle migliori condizioni di allevamento, alla diversa consapevolezza dei propri diritti da parte dei bambini stessi.

### 5. I percorsi scolastici

Abuso sessuale e maltrattamenti come ricadono sui percorsi scolastici?

Si riassume per semplicità in tre gruppi l'articolazione dei titoli di studio possibili: scuola dell'obbligo, scuola superiore, studi universitari; non ci sono variazioni significative percentuali tra i percorsi scolastici di soggetti con abuso lieve e quelli con abuso grave (rispettivamente 35,1% e 36,2% per la scuola dell'obbligo; 53,2% e 50% per la scuola media superiore; 10,7% e 14% per gli studi universitari). Correlando questi valori con gli analoghi raggruppamenti relativi ai soggetti che non sono mai stati maltrattati e abusati, il quadro non cambia: 31,3% per la scuola dell'obbligo, 56,5% per la scuola superiore, 10% per gli studi universitari (tav. 8). L'abuso sessuale è quindi un fenomeno trasversale alle carriere scolastiche.

**Tavola 8 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo il titolo di studio e gravità di abuso e confronto con donne senza esi**

Titolo di studio	Lieve	Moderato	Grave	Totale	No esi
Nessun titolo	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Scuola dell'obbligo	35,1	35,5	36,2	35,4	31,3
Scuola superiore	53,2	54,6	50,0	53,5	56,5
Studi universitari	10,7	10,0	14,0	10,8	10,0
<i>n.r.</i>	0,9	0,0	0,0	0,4	0,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 9 - Donne con esperienza di maltrattamenti secondo il titolo di studio e gravità di maltrattamenti e confronto con donne senza esi**

Titolo di studio	Lieve	Moderato	Grave	Totale	No esi
Nessun titolo	0,8	8,7	0,0	2,7	1,7
Scuola dell'obbligo	42,1	47,0	67,8	44,2	31,3
Scuola superiore	47,1	35,8	28,9	43,7	56,5
Studi universitari	9,9	7,8	3,4	9,0	10,0
<i>n.r.</i>	0,1	0,8	0,0	0,3	0,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Diverso è il quadro quando l'esperienza prevalente è quella dei maltrattamenti. In questo gruppo, al progredire della gravità dell'esperienza, corrisponde significativamente e linearmente un percorso scolastico più breve, con uno scostamento rilevante rispetto al percorso scolastico delle donne senza ESI: qui si concentrano le donne che non hanno conseguito alcun titolo di studio, con una particolare preponderanza tra coloro la cui esperienza è di maltrattamento moderato.

A completamento dell'analisi dell'impatto delle ESI sui percorsi scolastici, è ancora più interessante riflettere anche sul dato dell'adattamento scolastico.

Sia sul versante dei comportamenti *internalizzati* (vergogna, ritiro, incapacità di difendersi ecc.) che dei comportamenti *esternalizzati* (aggressività, oppositività, trasgressività), colpisce innanzitutto il fatto che ben pochi soggetti, anche senza esperienze infantili sfavorevoli, siano indenni da momenti di disadattamento e disagio nei percorsi scolastici (la colonna delle risposte positive alle domande riassume anche le risposte "qualche volta"). I soggetti abusati, maltrattati e con la doppia esperienza negativa sembrano non manifestare più problemi dei soggetti privi di esperienze negative, ma, anzi, spesso ne mostrano meno. Si può ipotizzare che a questo dato sia collegata, oltre a una possibile spinta alla normalizzazione, anche la tendenza adattiva e passiva propria delle vittime, specie di sesso femminile.

Passando all'analisi della distribuzione dei problemi di adattamento scolastico per profilo di gravità nei soggetti con esperienza di abuso sessuale, il risultato non cambia.

**Tavola 10 - Donne secondo l'adattamento scolastico e il percorso di vita dichiarato**

Adattamento scolastico	No ESI		Solo abuso sessuale		Solo maltrattamenti		Forme multiple di ESI	
	sì	no	sì	no	sì	no	sì	no
<b>Comportamenti internalizzati</b>								
Mi vergognavo a partecipare alle attività sportive	92,5	7,5	92,6	7,4	89,1	10,9	86,2	13,8
Mi vergognavo a parlare davanti agli altri/a partecipare alle attività di gruppo	88,0	12,0	81,7	18,3	80,8	19,2	73,8	26,2
Mi sentivo isolata rispetto ai miei compagni	96,4	3,6	91,0	9,0	93	7,0	87,2	12,8
Ero incapace di difendermi dalle aggressioni verbali o fisiche dei compagni di scuola	92,2	7,8	91,0	9,0	93	7,0	88,3	11,7
<b>Comportamenti esternalizzati</b>								
Mi capitava di litigare o di fare a botte con i miei compagni	98,5	1,5	97,8	2,2	98,3	1,7	93,7	6,3
Mi concentravo con molta difficoltà	89,0	11,0	83,9	16,1	84,5	15,5	76,9	23,1
Andare a scuola mi sembrava una gran perdita di tempo	97,6	2,4	95,7	4,3	93,6	6,4	92,3	7,7
Mi ribellavo alla disciplina e all'autorità degli insegnanti	97,4	2,6	95	5,0	95,7	4,3	91,6	8,4
Mi assentavo da scuola senza una ragione	98,6	1,4	99,2	0,8	97,3	2,7	93,8	6,2

Considerando che la distribuzione percentuale delle forme lievi, moderate e gravi si situa rispettivamente al 39,3, al 47,5 e al 13,2% del totale dei soggetti con questa forma di ESI (tav. 5), risulta evidente che le distribuzioni percentuali di ciascun problema di adattamento scolastico, sia nella fascia dei comportamenti *internalizzati* che in quella dei comportamenti *esternalizzati*, omogeneamente, non si discosta dalla distribuzione generale dei soggetti per grado di gravità.

Per quanto riguarda i profili di gravità dei maltrattamenti, considerando che la distribuzione percentuale delle forme lievi, moderate e gravi si situa rispettivamente al 71,8, al 24,4 e al 3,8% del totale dei soggetti con questa forma di ESI (tav. 7), si giunge a conclusioni molto simili a quelle sopra dette per l'abuso sessuale, o addirittura a rilevare una correlazione inversa tra gravità di ESI e disadattamento, che sembra proporzionalmente più presente nelle situazioni lievi rispetto a quelle gravi.

**Tavola 11 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo alcune situazioni di ambito scolastico e gravità dell'abuso sessuale subito**

Comportamenti internalizzati	Lieve	Moderato	Grave	Totale
Mi vergognavo a partecipare alle attività sportive	40,7	46,8	12,5	100,0
Mi vergognavo a parlare davanti agli altri/a partecipare alle attività di gruppo	42,5	43,8	13,7	100,0
Mi sentivo isolata rispetto ai miei compagni	41,9	46,3	11,8	100,0
Ero incapace di difendermi dalle aggressioni verbali o fisiche dei compagni di scuola	40,5	45,5	13,9	100,0
Comportamenti esternalizzati				
Mi capitava di litigare o di fare a botte con i miei compagni	40,7	48,1	11,2	100,0
Mi concentravo con molta difficoltà	42,4	45,7	11,9	100,0
Andare a scuola mi sembrava una gran perdita di tempo	41,5	46,8	11,7	100,0
Mi ribellavo alla disciplina e all'autorità degli insegnanti	41,2	46,1	12,6	100,0
Mi assentavo da scuola senza una ragione	40,7	47,1	12,2	100,0

**Tavola 12 - Donne con esperienza di maltrattamenti secondo alcune situazioni di ambito scolastico e gravità dei maltrattamenti subiti**

Comportamenti internalizzati	Lieve	Moderato	Grave	Totale
Mi vergognavo a partecipare alle attività sportive	85,9	11,6	2,5	100,0
Mi vergognavo a parlare davanti agli altri/a partecipare alle attività di gruppo	85,8	11,7	2,4	100,0
Mi sentivo isolata rispetto ai miei compagni	85,8	11,8	2,5	100,0
Ero incapace di difendermi dalle aggressioni verbali o fisiche dei compagni di scuola	86,4	11,1	2,5	100,0
Comportamenti esternalizzati				
Mi capitava di litigare o di fare a botte con i miei compagni	86,1	11,1	2,7	100,0
Mi concentravo con molta difficoltà	85,8	11,8	2,5	100,0
Andare a scuola mi sembrava una gran perdita di tempo	86,8	11,4	1,7	100,0
Mi ribellavo alla disciplina e all'autorità degli insegnanti	85,5	12,0	2,5	100,0
Mi assentavo da scuola senza una ragione	85,5	11,8	2,7	100,0

C'è allora da chiedersi, alla luce di queste riflessioni, se la scuola sia davvero un buon punto di osservazione di indicatori di disagio dovuto a maltrattamenti e abusi sessuali, come spesso si dà per scontato e si raccomanda. Quindi per quanto subiscano esperienze sfavorevoli, rimangono per le vittime aree importanti libere da fallimenti o isole di "normalità" al di fuori della famiglia. Trattandosi, tuttavia, di un ambito tanto fondamentale e obbligatorio di vita dei ragazzi, è utile domandarsi se e cosa possa essere fatto affinché, su versanti diversi dall'esclusione e dal disadattamento, aumenti la sensibilità ai segnali dell'abuso all'infanzia.

Appare allora opportuno ipotizzare di procedere anche con osservazioni in direzione inversa, cioè partendo da una specie di "gruppo patologico" costituito dai soggetti con disturbi consistenti dell'adattamento e del rendimento scolastico e andando a ricercare al suo interno la presenza di esperienze sfavorevoli infantili.

## 6. I fattori di rischio familiare

È vero che alle esperienze di abuso sessuale corrispondono pre-condizioni familiari multiproblematiche che, come dice Finkelhor, diminuiscono le capacità dei membri del nucleo di far fronte e arginare le condotte sessuali anomale, al suo interno o all'esterno, nei confronti dei membri più deboli? Basta la sintesi della tavola 13 per dare una risposta positiva.

**Tavola 13 - Donne secondo il ricordo di eventuali problemi rilevanti in famiglia e il percorso di vita dichiarato (% di riga e di colonna)**

Problemi rilevanti	Solo abuso sessuale				Forme multiple di esi	Totale
	No esi	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Solo maltrattamenti		
Sì	11,0	5,2	55,3	28,5	100,0	
No	32,8	6,1	47,1	14,0	100,0	
<b>TOTALE</b>	<b>26,3</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,3</b>	<b>100,0</b>	
Sì	12,3	26,1	32,7	46,1	29,3	
No	85,8	72,4	65,6	53,4	69,1	
<i>n.r.</i>	2,0	1,5	1,7	0,5	1,5	
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Attenendosi a una distribuzione binaria complessiva sì/no, si rileva innanzitutto che quasi la metà (46,1%) delle donne con esperienza di abuso e maltrattamenti nell'infanzia, il gruppo più grave, riferisce la presenza di problemi rilevanti in famiglia. Paragonando il dato con quello della colonna delle donne che non hanno subito esperienze sfavorevoli (12,3%) la differenza è netta: da una su otto a una su due. Tut-

tavia, considerando i gruppi che hanno subito o solo abuso sessuale o solo maltrattamenti, si osserva che la multiproblematicità caratterizza il terreno familiare di ambedue i gruppi, e in misura maggiore nel caso dei maltrattamenti: se i soggetti che hanno subito solo abuso sessuale hanno una probabilità doppia delle donne senza ESI di vivere problemi in famiglia, le donne che hanno subito maltrattamenti hanno una probabilità tripla.

È interessante anche ricercare la presenza di correlazioni specifiche tra tipo di problema familiare e tipo di esperienza sfavorevole vissuta. Per mantenere una certa articolazione e nel contempo dare risalto ai dati relativi alle diverse condizioni di multiproblematicità, si possono aggregare le condizioni di disabilità fisica (disabilità fisica rilevante e malattia cronica rilevante), di disagio psichico importante (malattia psichiatrica e depressione) di condotte compulsive (tossicodipendenza, alcolismo, gioco d'azzardo), di forte disagio economico (perdite di denaro forti, disoccupazione e/o perdita frequente del posto). La domanda è: qualcuna delle particolari dinamiche innescate da queste diverse disfunzioni familiari può essere più pericolosa di altre?

**Tavola 14 - Donne secondo i problemi rilevanti in famiglia e il percorso di vita dichiarato**

Problemi	No ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Disabilità fisica	9,5	7,2	55,9	27,4	100,0
Disagio psichico	9,2	2,2	55,4	33,2	100,0
Condotte compulsive	2,6	2,0	54,9	40,5	100,0
Disagio economico grave	5,0	5,1	49,3	40,6	100,0

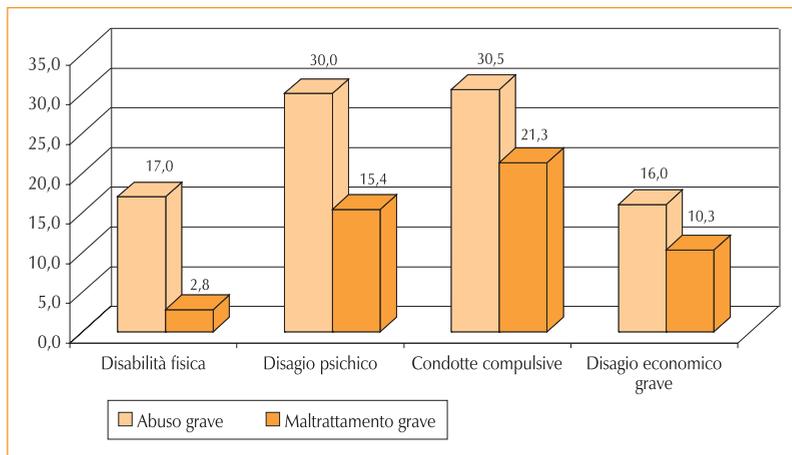
La risposta pare negativa, per quel che si può chiedere a dati che diventano numericamente più esigui man mano che si cerca di spingere l'analisi: le varie aggregazioni di problemi sono in sostanza equamente rappresentate nel panorama delle condizioni di problematicità familiare delle donne vittime di ESI. Se ne dedurrebbe che qualsiasi fonte di fragilità nel funzionamento familiare possa essere la porta perché l'abusante abbia ragione della vittima. Ancora una volta, sospettare il peggio in presenza di condizioni di problematicità familiare appare sensato.

Si veda adesso cosa accade con le stesse aggregazioni di problemi familiari nei gruppi di donne con abuso sessuale grave e con maltrattamenti gravi.

In questo caso il quadro risulta meno omogeneo.

Nel gruppo con abuso sessuale grave, che rappresenta il 13,2% del gruppo delle donne abusate sessualmente, si evidenzia una concentra-

**Figura 2 - Donne con abuso e maltrattamento grave secondo i problemi rilevanti in famiglia**



zione sia delle condizioni familiari di importante disagio psichico sia di condotte compulsive.

Un ragionamento più articolato va posto per il gruppo con esperienze di maltrattamenti gravi. L'associazione maltrattamento/condizione di multiproblematicità familiare è stata integrata tra i criteri di gravità. Si è, infatti, considerato che anche episodi gravi (solo quattro eventi isolati tra tutti quelli contemplati nell'intervista) ma non frequenti di maltrattamenti, se uniti alla presenza in modo altamente frequente di almeno uno dei problemi familiari elencati, abbiano sul soggetto un impatto amplificato poiché si inscrivono non come un'eccezione rispetto a un'esperienza della famiglia come "luogo sicuro", bensì come conferma rispetto all'esperienza della famiglia come "luogo malsicuro", cronicamente insufficiente o imprevedibile o eccessivamente richiedente o allarmante. Tuttavia, poiché tutte le condizioni di problematicità familiare sono andate a comporre il profilo di gravità, ha ancora senso ragionare sul peso specifico delle singole tipologie aggregate di problemi. Se consideriamo che il gruppo con maltrattamenti gravi rappresenta il 3,8% del gruppo delle donne che hanno subito maltrattamenti, ancora più appariscente è la concentrazione in esso degli stessi problemi di cui abbiamo constatato la presenza nel gruppo con abusi sessuali gravi e in particolare delle condotte compulsive.

In ambedue i gruppi, le condotte compulsive, comprensibilmente, hanno il maggiore peso specifico e rappresentano il maggior fattore di rischio familiare.

**7. Le relazioni familiari viste dall'interno**

Secondo la letteratura, la percezione che le vittime di abuso sessuale hanno del clima familiare è molto negativa.

Per verificare se questo orientamento si conferma nei dati raccolti è utile confrontare almeno tre gruppi di risposte, quello delle donne senza ESI (usato ancora come una specie di gruppo di controllo interno) e quelli delle donne con esperienza di abuso sessuale lieve o grave, aggregando l'accordo espresso con le affermazioni proposte in uno schema binario sì/no. È anche utile effettuare un confronto con il gruppo di chi ha subito maltrattamenti, sia gravi che lievi, per individuare eventuali differenze o convergenze.

Circa il gruppo con esperienze di abuso sessuale, sul versante delle relazioni con l'esterno, l'analisi evidenzia che la percezione di isolamento («la mia famiglia non frequentava persone esterne al nucleo familiare e preferiva fare le cose da sola») passa dal 24,2% delle donne senza ESI al 41,9% di quelle con abuso grave: quasi il doppio; identica differenza per l'altro indicatore di isolamento, la frequentazione di parenti. Nei soggetti che hanno vissuto abusi sessuali lievi gli indicatori di isolamento familiare sono pari ai soggetti senza ESI (22,5% per la prima affermazione) o maggiori ma in proporzione meno significativa (29,0% per la seconda affermazione).

Sul versante dei legami interni alla famiglia, per dare maggiore visibilità ai dati sono state riportate le percentuali delle risposte negative alle due affermazioni considerabili alla stregua di indicatori della «giusta vicinanza» («c'era vicinanza nella mia famiglia, ma ognuno era libero di essere se stesso ed esprimere i propri bisogni e punti di vista»; «nella mia famiglia c'era rispetto per l'intimità di ciascuno dei suoi membri»). Le percentuali passano rispettivamente per la prima affermazione dal 13,5% del gruppo di controllo al 38,9% del gruppo con abuso grave, e per la se-

**Tavola 15 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo il comportamento relazionale in famiglia e confronto con donne senza ESI e con forme multiple di ESI**

Affermazioni	No ESI	Abuso sessuale grave	Maltrattamenti gravi	Abuso sessuale lieve	Maltrattamenti lievi	Forme multiple di ESI
La mia famiglia non frequentava persone esterne al nucleo familiare e preferiva fare le cose da sola	24,2	41,9	70,0	22,5	27,8	32,7
Non frequentavamo con continuità gli altri parenti	19,6	37,0	61,0	29,0	25,4	33,5
(Non) C'era vicinanza nella mia famiglia, ma ognuno (e nessuno) era libero di essere se stesso ed esprimere i propri bisogni e punti di vista	13,5	38,9	67,8	25,8	27,4	40,0
Nella mia famiglia (non) c'è rispetto per l'intimità di ciascuno dei suoi membri	12,0	50,0	64,4	21,2	16,8	32,6

conda affermazione dal 12,00% del gruppo di controllo al 50% del gruppo con abuso sessuale grave: da quasi tre a quasi cinque volte tanto (tav. 15). Anche nei soggetti con abuso sessuale lieve queste affermazioni si situano quasi al doppio di quanto rilevato nei soggetti senza ESI.

Un andamento in parte simile si può constatare per i soggetti con esperienze di maltrattamenti. Il gruppo con esperienze gravi di maltrattamenti descrive relazioni familiari ancor più drammaticamente inconsistenti e caotiche su tutti gli indicatori individuati, scostandosi in modo altamente significativo e peggiorativo dal quadro offerto dal gruppo senza ESI: i comportamenti negativi sono nel gruppo dei maltrattamenti gravi da tre a cinque volte maggiori che nel gruppo di controllo. Considerando che i maltrattamenti avvengono tutti all'interno della famiglia, non può stupire che il comportamento relazionale sia in essa fortemente distorto, se vi si verificano maltrattamenti gravi.

Merita qualche considerazione anche il gruppo con maltrattamenti lievi. Non appaiono significative le differenze dai soggetti senza ESI sul versante delle relazioni della famiglia con l'esterno, come accade anche per i soggetti con abusi sessuali lievi; ma, anche nell'area dei rapporti interni alla famiglia, specie l'indicatore sul rispetto dell'intimità dei membri non pare significativamente discostarsi da quanto presente nel gruppo senza ESI.

È legittimo sottolineare questo aspetto: per quanto è possibile interpretare i dati, si può almeno affermare che, nei casi di minore gravità, l'abuso sessuale si correla più specificamente dei maltrattamenti a una distorsione sul versante delle relazioni interne alla famiglia. Il pensiero corre a quella lenta effrazione dei confini interpersonali consumata in famiglia che spesso pone la base, come la letteratura dice, della vulnerabilità della vittima ai successivi atti di abuso.

Sul versante del clima emotivo che accompagnava le relazioni, l'andamento è analogo.

**Tavola 16 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo il clima relazionale in famiglia e confronto con donne senza ESI e con forme multiple di ESI**

Affermazioni	No ESI	Abuso sessuale grave	Maltrattamenti gravi	Abuso sessuale lieve	Maltrattamenti lievi	Forme multiple di ESI
Le tensioni tra i membri della mia famiglia tendevano a rimanere nascoste e non espresse	19,8	38,4	75,0	34,0	32,0	41,8
Nella mia famiglia i sentimenti creavano imbarazzo e venivano espressi con difficoltà	32,1	68,5	83,0	49,8	49,0	58,7
Nella mia famiglia (non) tutti avevano voce in capitolo rispetto ai progetti familiari	26,7	59,5	74,2	47,4	43,4	56,5
In famiglia ci umiliavamo e svalutavamo reciprocamente	4,2	44,3	52,5	11,1	7,2	25,3

Le prime due affermazioni possono essere lette come indicatori di una difficoltà nella comunicazione emotiva, positiva o negativa, all'interno della famiglia. I valori percentuali nei gruppi con ESI, particolarmente se gravi ma anche se lievi, descrivono un clima vistosamente peggiore di quanto rilevabile nel gruppo senza ESI, a cui pure non è affatto risparmiato un importante grado di difficoltà nella comunicazione emotiva. Colpisce certo il gruppo dei soggetti con maltrattamenti gravi, ma ancor di più l'elevazione dei valori percentuali degli indicatori negativi anche nei gruppi delle ESI lievi, andamento insolito su altre variabili. A conferma, per la terza affermazione, che può costituire un indicatore di supporto e solidarietà tra membri della famiglia (e di cui, per maggior visibilità del dato, è stato riportato il valore percentuale di chi esclude la presenza di tale condizione), la distribuzione dei valori percentuali segue lo stesso andamento sopra evidenziato: vistosa maggiore negatività nei soggetti con gravi maltrattamenti, ma preoccupanti distanze dai valori del gruppo di controllo interno per tutti i tipi e gradi di gravità delle ESI considerate.

È prudente non sopravvalutare il significato di questi dati: le affermazioni potrebbero descrivere un clima certo non propizio al supporto e alla comprensione tra i membri della famiglia, ma che ancora potrebbe ancorarsi a un diffuso "analfabetismo emotivo", forse culturalmente datato, o a un'impostazione "non democratica" della famiglia, pure culturalmente datata. Il fatto che anche nel gruppo senza ESI tali condizioni siano tutt'altro che infrequenti potrebbe sostenere questo orientamento di lettura del dato.

Ma per l'ultima affermazione («In famiglia ci umiliavamo e svalutavamo reciprocamente») non può valere lo stesso ragionamento. Essa descrive una distorsione estrema della solidarietà che dovrebbe contraddistinguere legami familiari funzionanti e supportivi, e nel gruppo di chi non ha avuto esperienze sfavorevoli compare raramente (4,2%): come sempre sono proprio questi gli indicatori più significativi, in quanto la loro rarità nel gruppo di controllo li rende "segnalatori" di alto valore delle condizioni disfunzionali. Nel gruppo delle donne che hanno avuto l'esperienza più grave di abuso sessuale la percentuale delle risposte affermative arriva al 44,3%, dieci volte tanto.

Non è possibile trasferire il ragionamento al gruppo dei maltrattamenti gravi, in quanto l'accordo con questa affermazione è stato integrato negli indicatori di gravità per questo gruppo, come amplificatore di impatto per episodi di maltrattamento qualitativamente gravi ma anche non frequenti. Per contro, sia nel gruppo con abuso sessuale lieve che in quello con maltrattamenti lievi, i valori percentuali relativi a questa affermazione restano bassi e non significativamente differenti da quelli del gruppo senza ESI.

Sembra delinearsi un quadro che differenzia in parte l'abuso sessuale dagli altri tipi di ESI, con una specificità di perversione più che di insufficienza nella percezione negativa del clima vissuto in famiglia.

I dati della letteratura paiono confermare questa tendenza, come attestano Svedin, Back e Soederback (2002)<sup>1</sup>: «segreto, isolamento, problemi familiari, relazioni devianti e interrotte sono i tipici attributi del clima familiare per i soggetti intervistati; un basso livello di intimità e un alto livello di distanza vanno di pari passo con un basso livello di spontaneità e un alto livello di relazioni caotiche». Possiamo aggiungere che anche un maltrattamento psicologico attivo e, in particolare, una spinta nella direzione dell'erosione dell'autostima contraddistingue queste famiglie. Il pensiero corre anche alla componente di abuso emozionale che sappiamo trasversale a tutte le forme di abuso all'infanzia, ma certo particolarmente intrinseca alla sua forma più odiosa, l'abuso sessuale, e di cui è noto l'effetto corrosivo sulla "fiducia di base" che dovrebbe essere al centro dei modelli operativi interni degli esseri umani. Non si può non pensare, infine, anche alla relazione di *émprise* con cui l'abusante costruisce la vittima prima di abusarne: tale relazione trova certo una delle strategie più efficaci nel deliberato attacco al sentimento di potere, valore e autoefficacia del bambino.

## 8. Il profilo sociologico familiare

Il quadro appena delineato ha bisogno di una controprova. Finora è emerso che ciò che rende le famiglie "luoghi malsicuri", non soltanto nell'attendere al benessere dei suoi membri più deboli ma anche nel non saperli proteggere dalle minacce esterne alla famiglia, è costituito da una specie di "veleno sottile" che si respira soltanto vivendo al suo interno e che ben difficilmente è percepibile dall'esterno. Anche molte delle condizioni che sono state definite di multiproblematicità familiare, specie sul versante del disagio psichico e delle difficoltà economiche, possono non arrivare mai a osservatori esterni come "patologie" eclatanti, mentre hanno un effetto corrosivo sui suoi membri più deboli, che debbono convivere quotidianamente.

Se si guarda a queste famiglie sotto il profilo sociologico, che dovrebbe essere facilmente leggibile anche da osservatori esterni, fattori di difficoltà sociale (casa, occupazione, livello di istruzione, autosufficienza economica) vengono considerati come fattori di rischio all'insorgere di situazioni di ESI infantili, anche se la ricerca (vedi l'analisi

<sup>1</sup> Per il riferimento completo delle citazioni si rimanda alla bibliografia del capitolo «Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine» in questo stesso volume.





**Tavola 19 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo il titolo di studio dei genitori e confronto con donne senza ESI e con forme multiple di ESI**

Titolo di studio della madre	No ESI	Solo abuso sessuale grave	Solo maltrattamenti gravi	Solo abuso sessuale lieve	Solo maltrattamenti lievi	Forme multiple di ESI
	Nessun titolo	8,5	0,0	75,0	6,6	29,7
Scuola dell'obbligo	69,7	100,0	25,0	57,4	55,0	65,2
Scuola superiore	17,4	0,0	0,0	29,5	12,0	13,3
Studi universitari	2,7	0,0	0,0	3,3	3,2	3,6
Altro	1,7	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Titolo di studio del padre						
Titolo di studio del padre	No ESI	Solo abuso sessuale grave	Solo maltrattamenti gravi	Solo abuso sessuale lieve	Solo maltrattamenti lievi	Forme multiple di ESI
	Nessun titolo	6,8	0,0	75,0	4,9	25,3
Scuola dell'obbligo	62,0	66,7	25,0	52,5	58,2	67,3
Scuola superiore	24,0	33,3	0,0	32,8	11,2	17,5
Studi universitari	5,3	0,0	0,0	8,2	5,2	4,6
Altro	1,9	0,0	0,0	1,6	0,0	1,7
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tutti i dati fin qui analizzati sul profilo sociologico orientano a considerare le condizioni di maltrattamenti particolarmente collegate a un profilo sociologico più disagiato. In aggiunta alla non sintonizzazione emotiva e cognitiva, anche la “povertà” economica, culturale, sociale si associa alle ESI, almeno e più evidentemente nelle condizioni di maltrattamenti, anche se è difficile dire se ciò precede davvero le esperienze negative dei bambini, o anche le accompagna e le segue, in un rinforzo a spirale. È d’obbligo quindi mantenere un alto livello di attenzione alle condizioni sociali, sia come possibili indicatori di rischio sia per progettare interventi mirati di prevenzione laddove possibile: si pensi ad esempio alla promozione della scolarizzazione.

Ma è importante anche tenere presente che buone o “normali” condizioni sociali possono scorrere parallele e tangenti ad alchimie relazionali della famiglia ugualmente disfunzionali e dannose. A questo proposito è legittimo chiedersi quali strumenti privilegiare per individuare precocemente tali condizioni, se gli indicatori osservabili e oggettivabili ci permettono solo di lambire il problema. Appare ancor più necessario allenarsi ad ascoltare i protagonisti: i bambini. Solo loro potranno, a loro modo, descrivere dall’interno quel “veleno sottile” e aiutare a riconoscerlo e, possibilmente, a fermarlo. Acquisire competenza in tal senso è un dovere di tutti i professionisti implicati con il proble-

ma. Una seconda importante conseguenza è rassegnarsi a curare “dopo”, sulla base della consapevolezza che realtà tanto insidiose e intime vengono spesso allo scoperto solo attraverso i loro esiti patologici. Così almeno si potrà interrompere, dove ESI c'è stata, la trasmissione intergenerazionale.

### 9. Le caratteristiche degli eventi nell'abuso sessuale

Alcune caratteristiche degli episodi di abuso sessuale sono state integrate nella costruzione dei profili di gravità, in particolare per il gruppo delle esperienze di abuso moderato<sup>2</sup>: esse sono quindi analizzabili soltanto per il profilo di gravità lieve e grave. Per altre caratteristiche invece è possibile e utile un'analisi che le correli a tutti i profili di gravità.

Partiamo dagli autori, con ovvia esclusione del gruppo con esperienze di abuso moderato. L'analisi dei profili di gravità in relazione agli autori potrebbe darci indicatori della veridicità anche nel nostro campione di quanto asserisce la letteratura: più stretto è il legame tra abusante e vittima e più è probabile che l'abuso sia grave.

**Tavola 20 - Donne con abuso sessuale lieve e grave secondo l'autore del primo episodio**

<b>Autore</b>	<b>Lieve</b>	<b>Grave</b>
Genitore o facente funzione (convivente del genitore, nonni)	0,0	14,6
Pari (fratello/sorella, amico)	7,8	14,1
Famiglia estesa (zio, altro parente)	14,6	24,1
Adulti autorevoli (insegnante, religioso)	0,0	4,8
Adulti noti (vicino di casa, amico di famiglia)	19,0	8,9
Estraneo	54,9	26,1
Altro	3,7	7,4
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

I dati sono dispersi e, per alcuni gruppi di autori, troppo poco numerosi per autorizzare riflessioni con valore statistico; tuttavia si possono fare osservazioni suggestive.

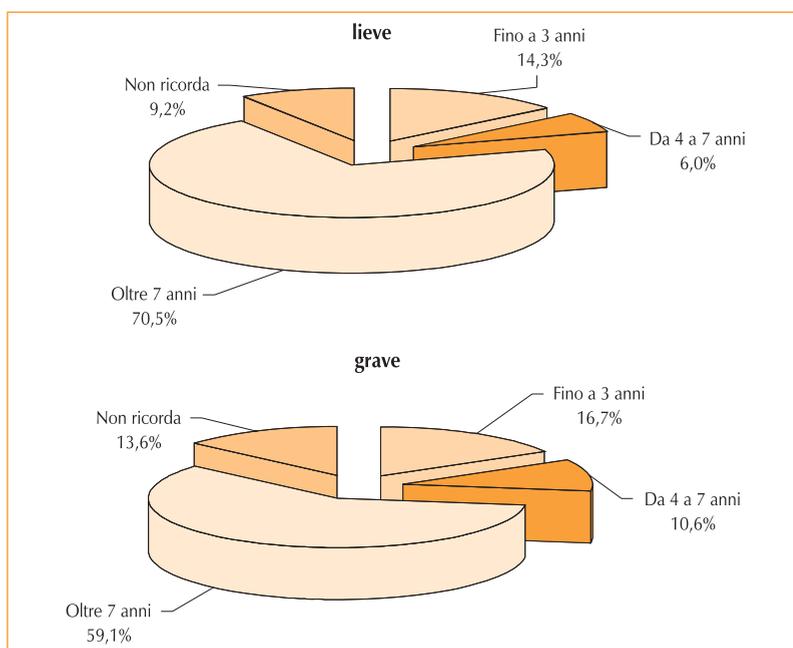
La prima osservazione è che non ci sono autori con cui si sia al sicuro da abusi gravi, qualunque sia il livello di legame e di occasione di contatto con la vittima.

<sup>2</sup> Ogni atto, anche in sé di portata limitata, diventa di maggiore gravità se si aggiungono elementi di contorno aggravanti: la relazione di soggezione con l'autore, se genitore o facente funzione o adulto autorevole come nel caso di educatore o religioso; l'età della vittima, se inferiore ai 10 anni; la presenza di elementi confusivi e minacciosi, come l'imposizione del segreto attraverso lusinghe e minacce o l'inserimento degli atti in rituali magici e religiosi.

La seconda osservazione è che alcuni autori, “genitore o facente funzione” e “adulti autorevoli”, sono assenti nel gruppo con abusi sessuali lievi: questi, che in maggioranza hanno comportato atti unici o episodici e senza contatto fisico, diventano più probabili man mano che diminuisce sia l’intimità con la vittima, sia il potere nella relazione con lei (adulti noti, estranei).

Una nota particolare merita l’abuso da parte di fratelli (il dato relativo alle sorelle è zero in ogni profilo di gravità), aggregato in tabella con il dato relativo agli amici, sulla base dell’analogia relazione paritaria. Disaggregando i dati, si nota che nel gruppo con abusi lievi gli autori fratelli sono praticamente assenti (0,6%), mentre contano per più di un terzo nel gruppo con abusi gravi. A controprova, nella distribuzione interna alla fascia degli abusi tra fratelli, il gruppo degli abusi gravi rappresenta quasi il 70%. Più volte in letteratura viene richiamata l’istintiva sottovalutazione della responsabilità e dell’impatto dell’abuso tra fratelli a confronto con gli abusi padre-figlia. Il dato, benché irrisorio numericamente, ci invita tuttavia a riflettere sulla carica negativa contenuta anche in questa relazione abusante. Altre riflessioni utili ci vengono dall’analisi del dato sulla differenza di età con il persecutore.

**Figura 3 - Donne con abuso sessuale lieve e grave secondo la differenza di età con l'autore del primo episodio**

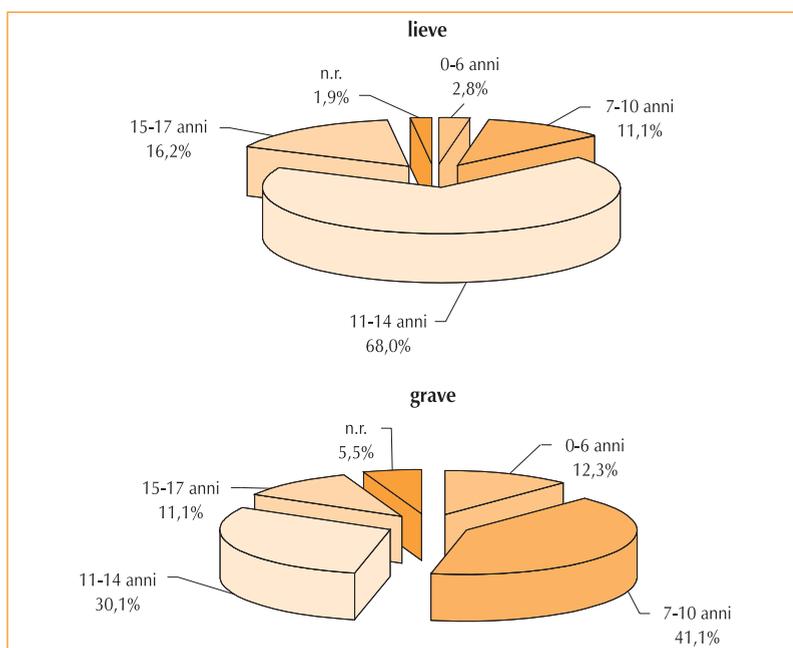


Essa risulta omogeneamente attestata in prevalenza nella fascia «più grande di 10 anni e oltre» (circa il 70% degli abusi), trasversalmente ai livelli di gravità. Quindi se ne può dedurre che anche abusi lievi come atti e autore, per esempio agiti da estranei, ricadano tuttavvia in questa fascia di differenza di età. Tale differenza diventa quindi il modo per esercitare potere sulla vittima, indipendentemente dal legame con lei. A controprova, nel gruppo degli abusi gravi c'è un'incidenza leggermente maggiore di una differenza d'età bassa o media, e ciò non stupisce considerando che la maggiore prossimità dei legami con l'autore, sopra constatato, rende vulnerabili le vittime anche senza che ci sia bisogno del fattore età per esercitare potere.

A complemento di quanto sopra è utile riflettere anche sul dato dell'età in cui accade il primo episodio di abuso.

Si conferma quanto già riferito dalla letteratura e dall'esperienza clinica. In primo luogo anche bambini piccoli possono diventare oggetti di interesse sessuale con interazioni caratteristiche della genitalità adulta, per loro gravemente lesive. In secondo luogo, proprio la giovanissima età li rende oggetti appetibili, non per le loro caratteristiche sessuali, ma per la loro vulnerabilità e facilità alla dipendenza e alla

**Figura 4 - Donne con abuso sessuale lieve e grave secondo l'età in cui avvenne il primo episodio di abuso**



soggezione nei confronti dell'adulto: va notato che circa il 90% degli abusi di qualsiasi gravità avvengono prima della piena maturazione sessuale, quando, anche se il corpo sta già prendendo forme adulte, la mente è ancora "bambina". In terzo luogo, più le bambine sono piccole più si può fare loro di peggio: gli episodi prima dei 10 anni di età sono, nel gruppo degli abusi gravi, il quadruplo (53,4%) di quelli nel gruppo degli abusi lievi (13,9).

Sotto tutti questi punti di osservazione si conferma perciò il dato di letteratura, riportato nei paragrafi teorici introduttivi, circa la caratterizzazione dell'abuso sessuale come un abuso di potere.

Per quanto riguarda la durata dell'esperienza di abuso, si passa all'analisi di tutti e tre i profili di gravità.

**Tavola 21 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo la durata dell'esperienza**

Durata	Lieve	Moderato	Grave
Episodio singolo o meno di un mese	73,8	55,1	44,4
Da più di un mese a un anno	10,2	20,1	12,5
Anni	5,0	11,4	34,8
Non ricordo	11,0	13,4	8,3
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Anche in questo caso si confermano i dati della letteratura. Gli abusi più gravi, per tipo di atti, sono anche quelli destinati, frequentemente, a non interrompersi presto: diventano esperienze con cui si impara a convivere per anni con una frequenza sette volte maggiore rispetto a quando gli atti sono stati di lieve entità. E gli episodi singoli o di breve durata sono negli abusi gravi poco più della metà che negli abusi lievi. È quindi facilmente intuibile la conseguente amplificazione dell'impatto traumatico nella vita di coloro che hanno subito abusi gravi.

## 10. Lo svelamento e il ricordo nell'abuso sessuale

La letteratura segnala che non solo le caratteristiche dell'evento, ma anche le reazioni successive di chi dovrebbe soccorrere e proteggere sono fondamentali nel determinare l'impatto traumatico di un'esperienza sfavorevole infantile. Dall'analisi dei dati possiamo risalire alla congruenza tra le dimensioni e la gravità del fenomeno e gli interventi effettuati.

La percezione dell'aiuto ricevuto è purtroppo negativa nelle donne vittime di ESI. Nel caso dell'abuso sessuale, la forma più segreta di violenza, molte non ne parlano mai con alcuno. Ma anche quando lo fanno, cosa ci guadagnano? Il 65% delle donne afferma di averne parlato

con qualcuno, ma solo una su tre ha notato cambiamenti concreti a seguito della confidenza fatta, e solo il 5% ha constatato una mobilitazione delle istituzioni esterne alla famiglia (autorità giudiziaria, servizi).

Purtroppo non pare neppure che le conseguenze fattuali della rivelazione corrispondano alle esperienze di maggiore gravità: di fatto si agisce in generale poco, e poco lo si fa anche nelle situazioni dove davvero è imprescindibile.

**Tavola 22 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo la gravità e la confidenza fatta ad altri**

Confidenza	Lieve	Moderato	Grave
Sì	66,5	66,2	58,3
No	29,8	30,4	33,3
<i>n.r.</i>	3,7	3,4	8,3
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 23 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo la gravità e l'effetto della confidenza fatta ad altri**

Effetto riscontrato	Lieve	Moderato	Grave
Sì	32,2	30,6	35,4
No	62,5	63,9	56,3
<i>n.r.</i>	5,3	5,6	8,3
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Non solo alla maggiore gravità dell'esperienza non corrisponde una spinta maggiore a condividerla con altri, al fine di farla cessare; ma anche qualora tale condivisione si verifichi, gli effetti concreti che ne discendono non sono proporzionati alla gravità delle circostanze, attestandosi intorno a un terzo delle situazioni rivelate qualunque ne sia la gravità.

Anche rispetto alla permanenza del ricordo non si notano significative differenze tra gruppi con diversi profili di gravità dell'esperienza.

**Tavola 24 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo la gravità e il ricordo degli episodi subiti**

Permanenza del ricordo	Lieve	Moderato	Grave
Sì	73,5	77,0	69,4
No	17,2	15,0	27,8
<i>Altro e n.r.</i>	9,3	8,0	2,8
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Nei casi di abuso lieve si è portati a pensare che la non permanenza del ricordo possa essere legata alla scarsa rilevanza degli episodi, spesso isolati e senza contatto fisico. Colpisce però che si riscontri lo stesso andamento anche per episodi maggiormente dotati di carica emotiva e in cui non si può non pensare che l'oblio sia il riflesso di una difesa psichica nei confronti di ciò che la mente non può contenere senza rischi di eccessivo allarme e dolore. Si deve quindi concludere che la reazione dissociativa riguarda una parte dei soggetti abusati sulla base di fattori indipendenti dalla gravità dell'esperienza vissuta. E che cosa accade a chi aveva messo in atto, ovviamente a scopo difensivo, una simile reazione e ha poi recuperato il ricordo?

**Tavola 25 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo la gravità e l'effetto che ha avuto il recupero del ricordo degli episodi subiti**

Effetti del recupero del ricordo	Lieve	Moderato	Grave
Malessere	7,0	11,9	27,2
Benessere	14,1	27,2	40,9
Nessuna particolare emozione	63,2	30,5	22,7
<i>n.r.</i>	15,7	30,4	9,2
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Per quanto i dati diventino scarsi e si possa quindi fare solo un ragionamento suggestivo, la distribuzione degli effetti del recupero dei ricordi non si discosta dall'atteso. Se ha una logica il fatto che i soggetti che hanno subito esperienze lievi di abuso possano recuperare il ricordo senza particolari emozioni, è altrettanto logico che ciò possa lasciare assai meno indifferenti i soggetti vittimizzati gravemente. Conforta anche constatare che più l'abuso è stato grave, più i soggetti sentono come positivo l'aver potuto ricordare; anche se più di un quarto riferisce invece malessere associato. Sappiamo del resto che ricordare è soltanto il primo passo verso un'elaborazione e significazione dell'esperienza di vittimizzazione e che questo percorso è frequentemente doloroso, anche se finalizzato a una riparazione del trauma subito.

## 11. ESI e salute

C'è anche da chiedersi se le ESI gravi siano connesse con esiti significativamente più negativi sul benessere in età adulta e, al contrario, se le ESI lievi siano effettivamente compensate dalle risorse di resilienza.

La risposta a questi interrogativi è certamente complessa, essendo tante le vie di ricaduta delle esperienze traumatiche infantili sul benessere delle persone (stiamo parlando di evenienze gravi e quindi con

alta probabilità traumatiche). Non fa eccezione la somatizzazione, in quanto, come è noto, le connessioni tra la mente e il funzionamento di organi, apparati e sistemi dell'organismo sono intricate e regolate da meccanismi delicatissimi di bio-feedback. I molti fattori di mediazione, ampiamente variabili, che si frappongono tra l'esperienza in quanto tale e i suoi esiti, possono avere l'effetto, soprattutto in quest'area, di rendere particolarmente sfumati ed embricati i dati: la letteratura prende in considerazione in modo articolato tali fattori, costituiti ad esempio dallo stile cognitivo del soggetto, dalle modalità di coping, dalle caratteristiche proprie dell'esperienza, dai fattori di rischio pre-esistenti, dal supporto familiare e/o sociale ricevuto e così via.

Tuttavia si possono fare alcune riflessioni relative al peso che esperienze gravi, ragionevolmente, possono aver avuto sulla salute delle intervistate, specie se si concentra l'osservazione sulle patologie rare (fino al 15% di "presente") o molto rare (fino al 5% di "presente") nel gruppo di controllo, costituito dai soggetti che non hanno avuto esperienze di abuso infantile e confrontare i dati con quelli emersi nel gruppo dell'abuso sessuale grave e del maltrattamento grave.

Distinguendo le patologie somatiche dalle patologie psichiche o comportamentali, quelle del primo tipo si riscontrano raramente nel gruppo senza ESI:

- sensazione di globo in gola, difficoltà a deglutire (presente nell'12,3%);
- diarrea (presente nel 12,9%);
- asma (presente nel 7,2%);
- vomito (presente nel 15,5%);
- disturbi alimentari (presente nel 13,2%).

Del secondo tipo sono rari:

- depressione (presente nel 15%);
- attacchi di panico (presente nel 15,5%);
- difficoltà nelle relazioni (presente nel 9,9%).

Rarissime risultano soltanto patologie del secondo tipo e precisamente:

- dipendenza dall'alcol (presente nello 0,5%);
- uso di droghe (presente nel 1,2%).

Assumendo come criterio di significatività uno scarto di almeno 10 punti percentuali con il gruppo che ha subito abuso grave e con il gruppo che ha subito maltrattamenti gravi, per controbilanciare la scarsa

numerosità dei soggetti, risultano degni di attenzione in ordine di rilevanza:

- per l'abuso sessuale
  - depressione (presente nel 56,2%);
  - difficoltà nelle relazioni (presente nel 32,9%);
  - la sensazione di globo in gola (presente nel 28,7%);
  - asma (presente nel 23,3%);
  - attacchi di panico (presenti nel 26,4%);
  - disturbi alimentari (presenti nel 23,6%).

Un discorso a parte va fatto per le altre due patologie molto rare: il numero dei soggetti è così basso che sarebbe azzardato porre riflessioni che non siano soltanto suggestive; soccorre tuttavia il fatto che nel gruppo di controllo queste manifestazioni siano così poco presenti. Almeno per l'uso di droghe il dato è rilevante: nel gruppo degli abusi gravi è presente nel 12,3% (contro l'1,1% nel gruppo dei soggetti senza ESI); ma anche per la dipendenza da alcol il dato merita attenzione (presente nel 6,9% contro lo 0,4% nel gruppo senza ESI).

- Per i maltrattamenti
  - la sensazione di globo in gola (presente nel 49,9%);
  - depressione (presente nel 47,6%);
  - attacchi di panico (presente nel 40,6%);
  - difficoltà nelle relazioni (presente nel 32,7%).

**Tavola 26 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo i disturbi che possono presentarsi nel corso della vita e la frequenza e confronto con donne senza ESI e con forme multiple di ESI**

Disturbi rari	No ESI	Abuso sessuale grave	Maltrattamenti gravi	Abuso sessuale lieve	Maltrattamenti lievi	Forme multiple di ESI
Vomito	15,3	19,1	11,9	16,0	17,4	19,6
Attacchi di panico	14,9	26,4*	40,6**	16,1	18,1	26,9*
Depressione	14,5	56,2**	47,6**	20,3	27,7*	36,5*
Disturbi alimentari	12,6	23,6*	18,7	23,7*	19,0	25,5*
Diarrea	12,4	16,4	20,0	16,6	19,0	20,0
Sensazione di globo in gola	12,1	28,7*	49,9**	21,7	21,8	31,9*
Difficoltà nelle relazioni	9,4	32,9*	32,7*	16,1	19,5	26,2*
Asma	7,2	23,3**	15,3	5,1	7,9	8,6
<b>Disturbi rarissimi</b>						
Uso di droghe	1,1	12,3**	1,7	1,9	2,3	3,6
Dipendenza dall'alcol	0,4	6,9*	13,6**	0,5	0,3	3,4

\* > di 10 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo interno

\*\* punti percentuali almeno tripli rispetto al gruppo di controllo interno

Delle due patologie molto rare si osserva un significativo innalzamento del valore percentuale della dipendenza da alcol (13,6% contro lo 0,4% del gruppo di controllo interno), mentre non c'è una differenza rilevante per quanto riguarda l'uso di droghe.

Il quadro è invece non significativamente diverso da quello del gruppo di controllo nei gruppi delle donne con abuso sessuale lieve e con maltrattamenti lievi e, come prevedibile, sono diffusamente presenti più forme patologiche nel gruppo dei soggetti con forme di ESI multiple.

Può essere utile porre l'accento su alcune particolarità. Talune patologie sembrano specialmente connesse alle esperienze di abuso sessuale: è il caso dei disturbi alimentari, significativamente elevati anche nel gruppo con abuso sessuale lieve (presente nel 23,7%, pari al valore riscontrato nel gruppo degli abusi sessuali gravi), e dell'asma, che registra un picco di presenza soltanto nel gruppo degli abusi sessuali gravi. Tra i disturbi rarissimi, collegati alla ricerca di *pain-killer*, si può riconoscere una preferenza per le droghe per le donne vittime di abuso sessuale grave e per l'alcol per le donne vittime di maltrattamenti gravi.

I dati di letteratura risultano in effetti confermati, con l'unica sorpresa per quanto riguarda l'asma, citata in letteratura ma in modo marginale. Va precisato che in ogni modo anche per questa patologia non mancano basi fisiologiche per rendere comprensibile il dato, qualora dovesse confermarsi in studi più specifici. Essendo, infatti, le reazioni allergiche connesse al bilancio del cortisolo, facilmente alterato a seguito di esperienze traumatiche, non è difficile immaginare che soprattutto uno slivellamento in basso dell'ormone, indicatore di modalità evitanti e dissociative nell'affrontare l'esperienza negativa, possa associarsi alla malattia.

Per rispondere meglio alle domande sulla possibile connessione tra specifiche tipologie di disturbi della salute ed esperienze sfavorevoli infantili, ovviamente importanti per le ricadute in termini di spesa sociosanitaria e che questi dati lasciano con insufficienti risposte, è necessario affiancare a ricerche come la presente altre ricerche di dettaglio che prendano come target da indagare gruppi omogenei per patologia presentata.

Da ultimo può essere interessante verificare se si conferma nei dati quanto riportato in alcuni studi di letteratura (si veda Kendall-Tackett, 2002) circa l'attitudine delle donne che hanno subito ESI a sentire la propria salute peggiore rispetto ai gruppi senza ESI, come espressione anche di una distorsione cognitiva improntata alla preoccupazione per essere state fisicamente danneggiate.

Per quanto riguarda la percezione a breve termine della propria salute, considerata la distribuzione del gruppo delle donne che hanno subito abuso sessuale per profili di gravità (39,4% lieve, 47,4% moderato, 13,2% grave) e considerata la difficoltà di analisi dovuta al basso numero di soggetti, colpisce comunque il fatto che la maggiore perce-

**Tavola 27 - Donne abusate secondo i problemi di salute avuti a seguito di episodi di abuso e la gravità (risposta multipla)**

Problemi	Lieve	Moderato	Grave
Mi ammalavo spesso	17,3	80,3*	2,5
Avevo spesso mal di testa/cefalea	22,6	57,3*	20,1*
Riportai disturbi vaginali	5,0	50,9	44,1*
Avevi disturbi gastrointestinali	25,6	57,5*	16,9
Mi capitava di vomitare	0,0	79,7*	20,3*
Facevo spesso la pipì a letto	19,4	63,4*	17,2
Avevo problemi a trattenere le feci	0,0	0,0	0,0
Non desidero parlarne	14,0	71,9*	14,0
Altro	46,9	43,1	10,0

\* > di 10 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo interno

zione di sé come fisicamente danneggiate dall'esperienza vissuta caratterizza il gruppo che ha subito abuso moderato (contrassegnati da asterisco i valori che si concentrano in quel gruppo discostandosi di almeno 10 punti in più dalla percentuale di soggetti di quel profilo di gravità). Analoga cognizione di sé, nelle donne con esperienza di abuso sessuale grave, è riservata alla patologia dell'area genitale: ciò è logico se si pensa che il gruppo è stato composto sulla base degli indicatori costituiti dal tentato o avvenuto rapporto sessuale, ma non sembra estendersi a una più generale percezione negativa del proprio stato di salute. Il dato interroga: ricordando che il profilo di gravità moderato è stato composto sulla base di elementi non tanto relativi al tipo di atto quanto relativi all'età della vittima, alla relazione con l'abusante, a particolarità minacciose di tale relazione, si può ipotizzare che il malessere fisico risentito a seguito dell'abuso si colleghi al trauma mentale e relazionale più che a quello fisico. L'abuso sessuale si confermerebbe come una ferita della mente prima che del corpo e si confermerebbe anche la complessa ricaduta sull'asse fisico dei traumi psicologici.

## 12. Gli esiti nell'area della sessualità

Essendo la sessualità la componente che caratterizza nell'età adulta la costruzione di rapporti stabili, significativi e generativi, è ovvio che ricadute post-traumatiche in quest'area possono avere particolare importanza.

La *sexual preoccupation*, cioè la spinta a sessualizzare le relazioni, e il *sexual distress*, cioè il disagio di fronte alla sessualità, sono citati anche nelle scale che misurano l'impatto di esperienze infantili traumatiche e si compongono di una serie di comportamenti, cognizioni e sentimenti esplorati nel questionario dell'intervista. Risulta particolarmente utile seguire la linea di pensiero di Briere (*Trauma Symptom Checklist*): se il primo tipo di comportamento fa riferimento a una fissazione del soggetto su pensieri invasivi e intrusivi di tipo sessuale, il secondo

comprende invece le situazioni in cui il tema della sessualità dà malessere e induce difese di evitamento. Si analizzano adesso, separatamente, gli indicatori riferibili a queste due importanti distorsioni.

### Sexual preoccupation

Un indicatore ragionevole della *sexual preoccupation* può essere il dato della precocità dei rapporti sessuali. L'analisi di questo dato rimanda sia agli studi sui comportamenti a rischio nell'area della sessualità, frequenti tra i soggetti abusati sessualmente nell'infanzia, sia ai numerosi studi citati in Kendall-Tackett (2002; confronta anche Vigil *et al.*, 2005), nel capitolo primo, circa le modificazioni parafisiologiche nell'area delle esperienze sessuali e del desiderio di generare riscontri nelle vittime adolescenti e adulte di abuso sessuale.

L'insieme di questi studi porta a pensare che uno sviluppo più precoce del desiderio sessuale e un esercizio più precoce della sessualità possano sovente costituire esiti dell'esperienza pregressa. Ne sorgono conseguenti preoccupazioni circa i rischi che tali condotte possono comportare sia per la salute che per le ricadute sulle successive generazioni.

Una precoce attività sessuale può esporre, ad esempio, a una distrazione di energie nel percorso educativo e di professionalizzazione, a legami con partner e a gravidanze in età ancora immatura per compiere scelte di vita e assumersi responsabilità genitoriali: in generale può rappresentare una "porta" per possibili interferenze con il percorso di vita successivo.

Nel confronto tra i gruppi delle donne, la differenza percentuale di rapporti sessuali precoci (anteriori ai 18 anni) tra il gruppo di chi non ha avuto esperienze sfavorevoli e il gruppo di chi le ha avute in maniera più complessa (ESI multiple) appare significativa: quest'ultimo gruppo supera l'altro di più di 10 punti percentuali.

Può essere interessante chiedersi se questo comportamento debba essere attribuito all'insoddisfazione per la povertà e l'inadeguatezza dei legami sperimentati nella famiglia di origine, vissuto che caratterizza

**Tavola 28 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo l'età del primo rapporto sessuale e confronto con donne senza ESI e con forme multiple di ESI**

Età del primo rapporto sessuale	Abuso sessuale		Abuso sessuale		Forme multiple di ESI	
	No ESI	grave	Maltrattamenti gravi	lieve	Maltrattamenti lievi	
Prima dei 18 anni	24,8	48,6*	51,7*	32,4	30,7	37,4
Dopo i 18 anni	65,5	43,1	45,0	64,3	64,6	62,6
Mai	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
n.r.	9,4	8,2	3,3	3,3	4,6	1,7
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* > di 10 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo interno

per ovvie ragioni anche chi ha subito maltrattamenti, oppure se si possa riconoscere un rischio specifico per chi ha avuto esperienze di abuso sessuale particolarmente gravi. In quest'ultimo caso non sarebbe in gioco soltanto una generica reazione alla carenza nei legami, che può comprensibilmente spingere il soggetto a trovare un compenso al di fuori della famiglia in relazioni mediate dalla sessualità. Si dovrebbe in aggiunta pensare ad altre dinamiche, sempre bene illustrate dalla letteratura: da un lato al vissuto di sessualizzazione traumatica, che induce il soggetto ad attribuirsi valore in quanto oggetto di attenzione e desiderio erotizzato; dall'altro alle difese dissociative messe in atto da questi soggetti gravemente traumatizzati come *pain-killer*, che spesso possono prendere la via della ricerca dell'eccitazione sessuale come fuga da una realtà interna ed esterna troppo dolorosa.

Per quanto non se ne possano ricavare che suggestioni, può avere senso confrontare i dati estratti per i gruppi precedentemente considerati (chi non ha subito abusi e chi è stato abusato e maltrattato) con i dati relativi ai soggetti con esperienza di abuso sessuale grave e di maltrattamenti gravi. Si constata che la percentuale con cui compare in quest'ultimo gruppo un'età del primo rapporto sessuale anteriore ai 18 anni è 48,7%, cioè il doppio di quella del gruppo di controllo (24,8%) e maggiore di 11 punti percentuali di quella dei soggetti abusati e maltrattati (37,4%). Altrettanto grande è la differenza per il gruppo che ha subito gravi maltrattamenti, nel quale il 51% delle donne ha avuto rapporti prima dei 18 anni; per contro la differenza è assai meno vistosa nei gruppi con abuso sessuale e maltrattamenti di grado lieve (rispettivamente circa 32% e circa 31%).

Siamo indotti a pensare, dunque, che sia il grado di gravità dell'esperienza, più che la sua specificità, a innescare la ricerca di relazioni prossime mediante la sessualità.

Un altro dato tuttavia aggiunge sfumature a quanto sopra: la differenza di età con il partner del primo rapporto sessuale.

**Tavola 29 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo la differenza d'età con la persona con cui hanno avuto il primo rapporto sessuale e confronto con donne senza ES1 e con forme multiple di ES1**

Differenza di età	Abuso sessuale grave		Abuso sessuale lieve		Forme multiple di ES1	
	No ES1	Maltrattamenti gravi	Maltrattamenti lievi	TOTALE	TOTALE	TOTALE
Meno di 10 anni	88,8	91,5	87,1	88,8	87,1	88,2
10 anni e oltre	2,2	6,8	7,6	2,2	7,6	9,9
Non ricordo e n.r.	9,0	1,7	5,3	9,0	5,3	1,9
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

\* > di 10 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo interno

È vistosa l'incidenza nel gruppo delle abusate in forma più grave di un'alta differenza di età con il partner del primo rapporto sessuale (più di 10 anni): 20,5% contro il 2,2% del gruppo di controllo e il 9,9% del gruppo delle abusate e maltrattate. Diversamente accade se la forma di ESI più grave non è di natura sessuale (6,8%). Si potrebbe quindi riconoscere una distorsione qualitativa dell'espressione sessuale specificamente connessa al tipo di esperienza vissuta. Va tenuto presente che questo dato può non corrispondere a una scelta all'interno di una sessualità liberamente espressa, ma semplicemente fotografare l'abuso stesso.

Interessante è anche analizzare eventuali distorsioni nell'area della *sexual preoccupation* come esiti a breve termine dell'esperienza di abuso sessuale. Tra i dati, appaiono rilevanti quelli relativi a reazioni e comportamenti consapevolmente connessi, agli occhi del soggetto, agli abusi subiti, come le affermazioni «mi sentivo più grande delle mie amiche», «sentivo di sapere un sacco di cose sul sesso», «facevo giochi sessuali con amici e amiche», «facevo giochi sessuali da sola».

**Tavola 30 - Donne con esperienza di abuso sessuale lieve, moderato, grave secondo indicatori di *sexual preoccupation* nelle reazioni e nei comportamenti successivi all'abuso**

Affermazioni	Lieve (39,4%)	Moderato (47,4%)	Grave (13,2%)
Mi sentivo più grande delle mie amiche	40,7	42,0	17,3
Sentivo di sapere un sacco di cose attorno al sesso	27,5	72,5*	0,0
Facevo giochi sessuali con amici e amiche	14,0	38,0	28,4*
Facevo giochi sessuali da sola	37,0	44,8	6,8

\* > di 10 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo interno

Sempre tenendo conto della necessità di analisi prudenti, visto il basso numero di soggetti, si può ipotizzare una tendenza al passaggio all'atto con comportamenti sessualizzati nei soggetti con esperienze gravi e un riflesso più "mentale", di distorsione cognitiva, nei soggetti con esperienza di abuso moderato, come si era constatato a riguardo dell'immagine di sé come fisicamente danneggiata.

Un ulteriore indicatore di *sexual preoccupation* può essere costituito dalla frequenza di rivittimizzazione sessuale in età adulta. Tale evenienza, anche se non rara nelle donne come puro correlato del genere, può anche verificarsi se le cattive esperienze pregresse nell'area della sessualità generano *sexual preoccupation* e quindi comportamenti e relazioni a rischio nell'area della sessualità. È interessante verificare quante donne hanno subito atti sessuali contro la loro volontà in età adulta e se si trovino correlazioni significative con il tipo e la gravità delle precedenti esperienze sfavorevoli.

**Tavola 31 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo le esperienze di rivittimizzazione sessuale subite in età adulta**

Violenze	No ESI	Abuso sessuale grave	Maltrattamenti gravi	Abuso sessuale lieve	Maltrattamenti lievi	Forme multiple di ESI
Sì	8,9	55,6	0,0	18,0	10,7	23,2
No	88,6	33,3	100,0	80,3	88,9	76,1
n.r.	2,5	11,1	0,0	1,6	0,4	0,7
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

L'esiguità dei dati spinge a prendere in considerazione soltanto quelli relativi ad atti di rivittimizzazione sessuale lievi o moderati (essere toccate, accarezzate, bacciate contro la loro volontà) e, per maggiore leggibilità del dato, le risposte sono state aggregate in un sistema binario sì/no. Le informazioni rendono evidente la maggiore probabilità di andare incontro a esperienze sessuali contro la propria volontà tra le donne che hanno subito abuso sessuale nell'infanzia, rispetto al gruppo di controllo interno: anche quando l'esperienza infantile è stata di grado lieve questa evenienza è presente in una percentuale doppia, e se è stata grave è presente in misura sei volte maggiore. Non così accade per i gruppi di soggetti con maltrattamenti.

Si può quindi concludere che è presente un significativo effetto di *sexual preoccupation* nelle donne abusate sessualmente nell'infanzia.

### *Sexual distress*

Si passa ora agli indicatori di *sexual distress*.

I dati vengono innanzitutto da quattro item relativi alle cognizioni su di sé cui le donne hanno risposto a partire dalla propria esperienza: «sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità», «il sesso non mi interessa, ne faccio volentieri a meno», «ho paura del sesso», «il sesso mi crea (mi ha creato) sensi di colpa». Per evidenziare le differenze si può ricorrere al confronto tra il gruppo di chi non ha avuto esperienze sfavorevoli, il gruppo di chi le ha avute in forma multipla (come predittive di gravità degli esiti) e i gruppi di chi ha avuto esperienze particolarmente gravi di abuso sessuale o di maltrattamenti suddivise secondo i profili di gravità. È opportuno anche ridurre la dispersione dei risultati adottando un criterio binario sì/no per la sintesi delle modalità di risposta.

Di queste affermazioni, le prime due si possono correlare a un atteggiamento difensivo di netto esitamento di fronte alla sessualità, mentre le altre due (di cui, per maggiore visibilità del dato, l'affermazione: «sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità» è stata trasformata nel contrario: «non sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità») introducono a vissuti negativi più complicati e conflittuali: la vita sessuale è desiderata e sperimentata, ma viene associata a pesanti sentimenti e cognizioni di inadeguatezza, disvalore, colpa.

**Tavola 32 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo gli indicatori di *sexual distress* e confronto con donne senza ESI e con forme multiple di ESI**

Affermazioni (risposte positive)	No ESI	Abuso sessuale grave	Maltrattamenti gravi	Abuso sessuale lieve	Maltrattamenti lievi	Forme multiple di ESI
Ho paura del sesso	4,9	20,4*	35,6*	4,1	6,5	10,5
Il sesso non mi interessa, ne faccio volentieri a meno	15,2	27,4	42,4*	17,9	19,8	25,9
(Non) sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità	10,5	38,9*	25,4	18,9	19,1	23,3
Il sesso mi crea (mi ha creato) sensi di colpa	6,8	47,2*	19,0	13,8	16,3	26,3

\* > di 10 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo interno

La prima osservazione conferma che gli indicatori di *sexual distress* sono più generalmente elevati nei gruppi con qualche forma di ESI rispetto ai gruppi senza ESI, e che si conferma l'abituale globale influenza peggiorativa delle ESI multiple (su ogni item, le donne con ESI multiple registrano vissuti negativi da due a quattro volte maggiori di quanto avviene nei soggetti senza ESI). Ma il panorama è più articolato.

Innanzitutto gli indicatori di evitamento non sono significativamente più presenti se le esperienze negative sono state di grado lieve, mentre gli indicatori di vissuti conflittuali verso la sessualità sono già presenti circa al doppio che nei gruppi senza ESI anche nei gruppi con ESI lievi: non si registrano fin qui apprezzabili differenze connesse alla qualità dell'abuso (sessuale o altra forma).

Ma ancora più interessante è rilevare l'andamento delle risposte nei gruppi con esperienze gravi di abuso sessuale e con esperienze gravi di maltrattamenti. Mentre il secondo gruppo ha un vistoso "picco" di *sexual distress* di tipo evitante (35,6% per l'affermazione «ho paura del sesso» e 42,4% per l'affermazione «il sesso non mi interessa»), il primo gruppo ha un analogo "picco" di *sexual distress* di tipo conflittuale/complessuale (38,9% per l'affermazione «non sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità» e 47,2% per l'affermazione «il sesso mi crea sensi di colpa»).

I dati confermano quindi l'esistenza di un *sexual distress* specifico e significativo nei soggetti con esperienze sfavorevoli gravi, con accenti suggestivamente diversi in rapporto alla qualità dell'esperienza.

Anche su questo versante è interessante l'analisi di eventuali distorsioni come esiti a breve termine dell'esperienza di abuso sessuale. Tra i dati, rilevanti appaiono quelli relativi alle affermazioni «ho avuto difficoltà sessuali», «ho avuto paura della sessualità», «non mi fido degli altri perché temevo che volessero fare del sesso con me».

**Tavola 33 - Donne con esperienza di abuso sessuale lieve, moderato, grave secondo indicatori di *sexual distress* nelle reazioni e nei comportamenti successivi all'abuso**

Affermazioni	Lieve (39,4%)	Moderato (47,4%)	Grave (13,2%)
Ho avuto difficoltà sessuali	10,6	62,4*	27,0*
Ho avuto paura della sessualità	20,0	64,3*	15,7
Non mi fidavo degli altri perché temevo che volessero fare del sesso con me	19,8	52,5	10,4

\* > di 10 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo interno

Con le stesse riserve sulla numerosità dei soggetti, si può ipotizzare che anche a breve termine si confermi un esito di *sexual distress* nei soggetti con esperienze di abuso sessuale. Si ribadiscono, infine, le riflessioni già fatte sul gruppo degli abusi moderati.

### 13. Altre ricadute emotive e comportamentali

L'area della *aggressività* è esplorata da una sola domanda: «mi capita spesso di avere improvvisi scoppi d'ira con amici e familiari». Per maggiore leggibilità del dato, analizziamo le risposte aggregate in un sistema binario sì/no.

Non si registrano significative differenze tra tutti i gruppi considerati, tranne che per i soggetti vittime di gravi esperienze di maltrattamenti. Anche se sarebbe stato desiderabile poter avere un confronto su più item relativi a quest'area, si rileva almeno l'indicazione che in generale nelle vittime di esperienze sfavorevoli infantili non sembra essere quello delle condotte aggressive un campo importante di espressione di patologia. Ciò è in accordo con i dati di letteratura relativi all'universo dei soggetti di sesso femminile, che molto più facilmente vanno incontro a rivittimizazioni piuttosto che alla trasformazione in persecutori: non così sappiamo che accade con i soggetti di genere maschile. Tuttavia il dato relativo ai soggetti con gravi maltrattamenti è

**Tavola 34 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo l'indicatore di aggressività e confronto con donne senza esi e con forme multiple di esi**

Affermazioni	No esi	Abuso sessuale grave	Maltrattamenti gravi	Abuso sessuale lieve	Maltrattamenti lievi	Forme multiple di esi
Mi capita spesso di avere improvvisi scoppi d'ira con amici e familiari	23,0	27,4	45,7*	17,0	24,0	27,9

\* > di 10 punti percentuali rispetto al gruppo di controllo interno

significativamente elevato, attestandosi al doppio circa del gruppo di controllo interno. Ciò appare logico riflettendo su quali elementi sono andati a costituire il gruppo dei maltrattamenti gravi, in cui la violenza assistita e direttamente subita caratterizza tre dei quattro *markers* individuati. In tali condizioni, l'attitudine a riprodurre il clima violento respirato in famiglia è probabile, tanto più quanto più l'esperienza infantile è rimasta psicologicamente non elaborata.

L'ultimo tema è quello dell'*autoimmagine* e dell'*autostima*, che è sollecitato da tutte le restanti domande. Per maggiore leggibilità del dato sono state evidenziate le risposte che implicano cognizioni al negativo.

Se non ci sono importanti differenze tra il gruppo di controllo e i gruppi degli abusi sessuali e dei maltrattamenti lievi, ci sono evidenti differenze significative in ambedue i gruppi con esperienze gravi. Il basso concetto di sé, l'aspettativa di una risposta non positiva da parte dell'ambiente (secondo il modello operativo interno del "mondo malevolo"), sono l'esito, ben comprensibile, di tutte le esperienze sfavorevoli infantili, in funzione della loro gravità e non della loro qualità.

**Tavola 35 - Donne con abuso sessuale lieve e grave e/o maltrattamenti lievi e gravi secondo gli indicatori di autoimmagine e autostima e confronto con donne senza ES1 e con forme multiple di ES1**

Affermazioni	No ES1	Abuso sessuale grave	Maltrattamenti gravi	Abuso sessuale lieve	Maltrattamenti lievi	Forme multiple di ES1
(NON) Riesco a esprimere liberamente ciò che provo	11,2	25,0*	21,7*	17,9	18,0	22,2
Mi vergogno di me e tendo a colpevolizzarmi	11,8	32,5**	47,5**	18,4	17,7	27,2
Non ho fiducia nelle mie sensazioni	15,9	26,1	66,1**	17,4	16,2	24,2
(NON) sono soddisfatta di essere la persona che sono	5,7	24,6**	16,9*	13,8	10,4	17,8
(NON) Riesco facilmente a fare conoscenza e amicizia con le altre persone e mi sento a mio agio quando sono con le altre persone	7,8	19,1*	37,3**	11,1	12,0	17,5
Nelle relazioni (NON) ammetto i miei sentimenti qualunque essi siano	13,1	20,5	32,2*	15,7	17,3	19,5
Mi sento spesso inferiore agli altri	15,9	33,3*	45,7**	23,0	22,3	33,3
Molte volte mi trattengo dal chiedere qualcosa di cui ho bisogno per paura di ricevere un "no"	26,0	47,2*	50,9*	30,8	39,6	45,2
Mi sento spesso priva di risorse e incapace	12,5	32,9*	41,4**	18,1	20,1	29,1

\* dati circa al doppio del gruppo di controllo interno

\*\* dati circa al triplo e oltre del gruppo di controllo interno

Sul fronte della qualità, vale la pena di notare che, a fronte di un'intensa e generalizzata caduta di autostima nel gruppo delle donne che hanno avuto esperienza di gravi maltrattamenti, le punte più critiche nel gruppo di chi ha avuto esperienza di abuso sessuale grave si collocano nell'area del disvalore e dell'autocolpevolizzazione, a testimoniare un'immagine di sé certo compressa e incapace di esprimersi liberamente, ma soprattutto particolarmente sgradita a se stesse, riuscendo a superare, su questo terreno, persino le vittime, decisamente devastate, di gravi maltrattamenti. E ciò non stupisce poiché il vissuto di corruzione non raramente si associa alle esperienze di abuso sessuale.

Quanto agli esiti a breve e medio termine, si passa alle reazioni notate dalle donne dopo e in relazione all'abuso subito. Come è noto (si veda l'analisi della letteratura proposta in precedenza) le esperienze traumatiche inducono una risposta neurobiologica di iperattivazione (catecolamine) e di spegnimento improntato all'iperadattamento (cortisolo) o alla dissociazione (endorfine paradosse), con ricadute psicologiche riconoscibili di iperallarme, di depressione, di evitamento e dis-integrazione del pensiero. Sono state isolate, tra le risposte relative alle reazioni avute dopo l'abuso, quelle date da un numero di soggetti almeno superiore a 30, inserite in tabella in ordine decrescente. Pur tenendo presente che la domanda nell'intervista prevedeva una risposta multipla, si è cercato di stimare l'incidenza delle reazioni più rappresentate, che si collocano nell'area delle risposte dissociative e depressive.

Come si può osservare, solo un quinto dei soggetti non ricorda reazioni particolari, con una distribuzione in cui è scarsamente rappresentato il gruppo che ha subito abusi gravi (che, come sappiamo, corrisponde al 13,2% del totale delle donne abusate). Molti più soggetti ri-

**Tavola 36 - Donne con esperienza di abuso sessuale lieve, moderato, grave secondo indicatori di iperattivazione, depressione, dissociazione nelle reazioni successive all'abuso**

Reazione	Lieve	Moderato	Grave	Frequenza della risposta nelle donne abusate
Facevo finta che quegli episodi non accadessero	24,6	59,9	15,5	18,4
Non mangiavo	3,4	89,9	6,7	18,2
Non mi ricordo niente di particolare	43,1	50,8	6,1	17,1
Facevo di tutto per non pensare	21,1	63,3	15,6	11,3
Facevo incubi/brutti sogni	11,1	45,6	43,3	7,6
Scappai di casa	52,3	44,8	2,9	7,6
Piangevo spesso	0,0	49,1	50,9	6,2
Avevo difficoltà ad addormentarmi	19,5	48,9	31,6	5,8

Nota: sono indicate in grassetto le reazioni da iperattivazione, in corsivo quelle depressive, in sottolineato quelle dissociative

feriscono comportamenti corrispondenti ai tre tipi di reazione post-traumatica e, con alta probabilità, la loro compresenza.

Rispetto ai profili di gravità, come ci si poteva attendere l'incidenza di tutte le reazioni considerate è bassa nei soggetti con abuso sessuale lieve (che costituiscono il 39% circa dei soggetti abusati) tranne che per l'item «scappai di casa». Nel gruppo degli abusi moderati (il 47% circa del totale), che, ricordiamo, comportano una forte componente di "abuso mentale" anche se fisicamente gli atti non sono stati gravemente intrusivi, sembra prevalere la reazione depressiva («non mangiavo») e in misura inferiore, ma significativa, la reazione dissociativa («facevo di tutto per non pensare»). Nel gruppo degli abusi gravi, con componente fisica intrusiva, sembra prevalere la risposta depressiva («piangevo spesso») e di iperattivazione («facevo incubi/brutti sogni», «avevo difficoltà ad addormentarmi»).



## Le conseguenze a lungo termine nell'esperienza delle donne: alcune riflessioni sui dati della ricerca\*

1. L'impatto dell'abuso sessuale; 2. Cura di sé nelle donne abusate e maltrattate; 3. Relazioni con la fratria

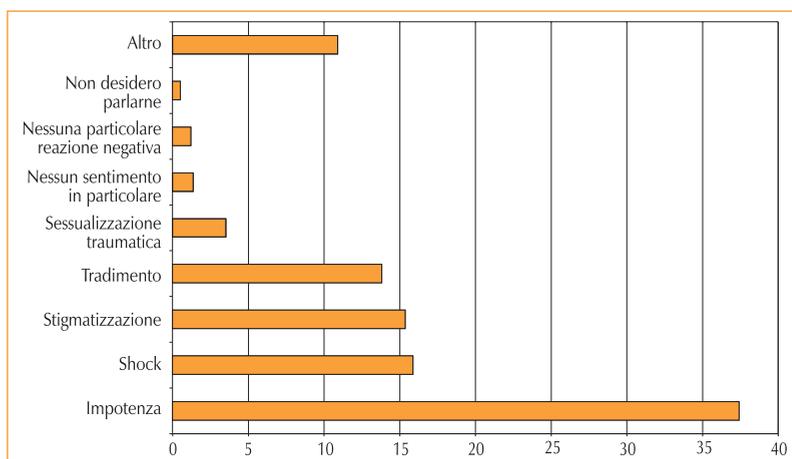
### 1. L'impatto dell'abuso sessuale

#### 1.1. I vissuti traumatici

La ricerca ha permesso di valutare il peso dei diversi vissuti determinati dall'abuso sessuale, tra i quali si annoverano i fattori patogenetici descritti da Finkelhor e Browne (1986)<sup>1</sup>, ovvero l'**impotenza**, il **tradimento**, la **stigmatizzazione** e la **sessualizzazione traumatica**. Il vissuto di impotenza (37,4% delle risposte) risulta essere quello più presente tra quanto riferito da donne che hanno avuto una qualche esperienza di abuso sessuale in età minore. Esso è in effetti uno dei vissuti maggiormente riferiti dalle vittime una volta diventate adulte, in particolare durante le terapie.

Poiché le forme di abuso sessuale comprendono sia le forme più lievi che quelle più gravi e le ESI multiple, si può comprendere come l'impotenza risulti essere il vissuto più frequente.

**Grafico 1 - Risposte delle donne sui vissuti traumatici a seguito di episodi di abuso sessuale (valori percentuali)**



\* Roberta Luberti, medico-psicoterapeuta, Associazione Artemisia, presidente del CISMAI.

<sup>1</sup> Per le citazioni complete si rimanda alla bibliografia del capitolo «Caratteristiche degli effetti a lungo termine della violenza subita in età minore» in questo stesso volume.

Essa, infatti, può essere percepita come impossibilità di reazione e totale squilibrio di forza, che si ha in qualsiasi interazione sessuale tra un adulto e un bambino. Connessa con la paura dell'aggressore ed effetto anche della solitudine e dell'assenza di protezione, è in ogni caso più facilmente sperimentabile dal bambino durante l'interazione sessuale con un adulto, di qualsiasi tipo essa sia.

Il tradimento (13,8% delle risposte) è fortemente connesso al tipo di relazione esistente tra la vittima e il persecutore (e quindi particolarmente forte nei casi di abuso intrafamiliare e con persone comunque vicine al minore). Esso è in primo luogo legato al comportamento dell'abusante, che ha imbrogliato, manipolato e violato, ed è determinato anche dalla mancanza di protezione da parte di altri adulti di riferimento. Tale vissuto negativo, insieme alla stigmatizzazione e all'impotenza, aumenta nei casi in cui i percorsi giudiziari risultano sfavorevoli al bambino.

La stigmatizzazione (15,4%) è ovvio che incida maggiormente negli abusi gravi rispetto ai casi di abuso lieve, caratterizzato in particolare da atti isolati e compiuto da estranei, quale può essere l'esibizionismo di strada.

La bassa incidenza di risposte connotanti una sessualizzazione traumatica (3,5%) può essere legata a tre fattori fondamentali: la presenza nel gruppo di abusi sessuali di entità lieve, la comprensibile maggiore difficoltà di rivelazione degli esiti legati alla sessualità, le variabili relative all'interpretazione di alcuni comportamenti sessuali, su cui può incidere la confusione rispetto al concetto di "libertà sessuale".

Per le donne giovani, il riconoscimento di difficoltà nella sfera della sessualità avviene frequentemente in concomitanza con il primo rapporto sentimentale importante. Attacchi di panico, flashback sull'abuso, crisi di pianto, perdita di contatto con la realtà, sensazioni di distacco mente-corpo, sentimenti di rifiuto e rabbia verso il partner, sensazioni di schifo e di sporcizia, possono rendere impossibili i rapporti sessuali e creare problemi nella relazione, elicitando tra l'altro la paura dell'abbandono e/o spingendo la donna a rinunciare al partner.

In molti casi la difficoltà ad avere rapporti sessuali rappresenta il motivo della richiesta di aiuto, e le vittime chiedono in prima istanza se tali difficoltà non siano legate a «qualcosa che è successo quando erano piccole».

Il riconoscimento di altri problemi della sfera sessuale e la relativa richiesta di aiuto avviene in genere in fasi più avanzate della terapia, partendo dagli effetti relativi alla sessualizzazione delle relazioni e dalla convinzione di non potersi sottrarre ad altre forme di vittimizzazione auto o eteroattuata, esiti che sono comunque di più facile riconoscimento a fronte di altri, quali la sessualizzazione dell'ansia e dell'an-

goscia, le fantasie sessuali traumatiche, lo scollamento tra affettività e sessualità, effetto che si traduce spesso in difficoltà e incertezza rispetto all'orientamento sessuale.

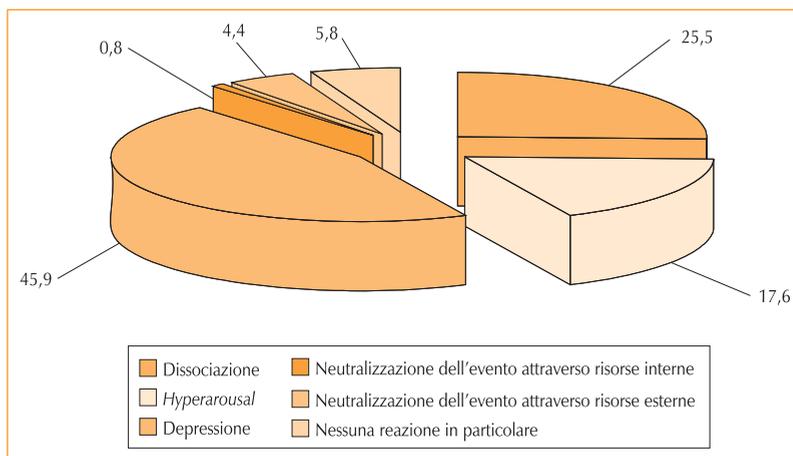
È in ogni caso interessante notare come sono di lieve entità le percentuali relative al non aver avuto nessuna reazione negativa e nessun sentimento negativo in particolare (rispettivamente 1,2% e 1,4% delle risposte), che risultano essere più alte soltanto rispetto al non desiderare di parlare di come ci si è sentite a seguito dell'abuso (0,5%). Questi ultimi dati confermano, da un lato, come l'abuso, di qualsiasi tipo e livello di gravità, determini vissuti negativi nella grande maggioranza dei casi e, dall'altro, che le donne sono comunque disponibili a parlarne e a descrivere ciò che hanno vissuto.

## 1.2. Reazioni a seguito degli episodi di abuso sessuale

Per arrivare a una più esaustiva analisi statistica dei comportamenti reattivi specifici elencati nel questionario, questi sono stati riaggregati nelle seguenti sei macrocategorie, per la cui spiegazione si rimanda alla sezione «Le premesse teoriche» di questo stesso volume:

- dissociazione;
- *hyperarousal*;
- depressione;
- neutralizzazione dell'evento attraverso risorse interne;
- neutralizzazione dell'evento attraverso risorse esterne;
- nessuna reazione in particolare.

**Grafico 2 - Risposte sul tipo di reazione avuta a seguito di episodi di abuso sessuale (valori percentuali)**



Dai dati emersi si rileva che la depressione è la reazione più frequente, con una percentuale del 45,9%, seguita dalla dissociazione (25,5%) e dai sintomi di *hyperarousal* (17,6%).

La disamina delle caratteristiche gruppo-specifiche ha permesso di osservare che tra le donne vittime solo di abuso sessuale le risposte fornite tendono ad addensarsi attorno a:

- fughe da casa (*hyperarousal*);
- difficoltà di addormentamento (*hyperarousal*).

Le risposte più ricorrenti tra le donne esposte a ESI multiple di abuso e maltrattamento riguardano invece reazioni depressive e dissociative, quali:

- fare finta che gli episodi abusivi non accadessero, eludere i ricordi («non ricordo niente di particolare», «facevo di tutto per non pensare») (dissociazione);
- pianti frequenti (depressione).

Tali reazioni a breve termine sono quelle che si riscontrano più frequentemente di fronte a eventi psicologicamente soprafaccenti.

Per quello che riguarda le fughe da casa (che sono uno degli indicatori di abuso sessuale riportato in letteratura, riscontrabile in particolare nelle adolescenti), queste risultano avere peso maggiore nel gruppo delle donne con solo abuso sessuale. Esse possono collegarsi all'*hyperarousal*, ma non è escluso che possano rappresentare anche un comportamento dissociativo ed essere indice di disperazione, collegabile a forme di abuso intrafamiliare particolarmente grave dalle quali la vittima cerca di sottrarsi allontanandosi dal contesto familiare.

Il fatto che tale comportamento risulti più rappresentato nel gruppo delle donne con solo abuso rispetto alle donne con ESI multiple potrebbe essere segno di maggiore capacità di reazione e di ricerca di aiuto in questo gruppo rispetto alle situazioni più gravi presenti nel gruppo delle ESI multiple, pur essendo la fuga da casa un comportamento ad alto rischio.

Non sono note però le caratteristiche della fuga, che potrebbero chiarire in modo più preciso il suo significato nei diversi casi, se essa cioè sia stata messa in atto senza una meta precisa o se abbia rappresentato la ricerca di rifugio e aiuto presso qualcuno in cui si aveva fiducia.

Le fughe non sono in ogni modo legate esclusivamente ad abusi che avvengono all'interno del nucleo familiare: l'esperienza clinica, infatti, insegna che esse possono interessare anche vittime di abusi sessuali extrafamiliari ed essere determinate dalla difficoltà a chiedere aiuto in famiglie dove sono presenti forme di maltrattamenti, quali violenza fisica e violenza assistita, elevata conflittualità coniugale, o altri fattori

che possono incidere negativamente sulle capacità protettive, quali povertà, fallimenti, separazioni in corso tra i genitori, malattie.

Tra le risposte di *hyperarousal*, i disturbi del sonno sono riportati sia da donne vittime di solo abuso sessuale sia da donne esposte a ESI multiple; in generale non si segnalano differenze significative tra i due gruppi, a parte una lieve prevalenza delle difficoltà di addormentamento tra le donne esposte a solo abuso sessuale e, invece, di *pavor nocturnus* e incubi tra le donne esposte a ESI multiple.

Rispetto all'essersi sentite diverse dalle loro coetanee, questo tipo di risposta prevale nel gruppo delle donne con ESI multiple. Su questo dato, collegabile alla sessualizzazione traumatica e alla stigmatizzazione, può incidere, anche nei casi di abuso sessuale extrafamiliare, l'inversione dei ruoli, dinamica caratteristica delle famiglie dove avvengono maltrattamenti e trascuratezze.

Pur con valori assoluti troppo bassi per avere significatività statistica, nella storia delle donne con esperienze di maltrattamenti multipli sono presenti anche tentativi di suicidio e comportamenti di automutilazione. La clinica e la letteratura indicano che i comportamenti autolesionisti e suicidari (esempio salire su cornicioni e grondaie o sporgersi pericolosamente da finestre e balconi) non sono infrequenti anche in bambini piccoli, ma è difficile che possano emergere in un'intervista, mentre è frequente che si rilevino nelle sopravvissute adulte nel corso delle terapie, man mano che esse ricostruiscono la loro storia, riferendo le richieste di aiuto disattese e le manifestazioni di disagio, e ricontatano le emozioni connesse all'abuso sviluppando capacità di riflessione circa le modalità relazionali della famiglia d'origine.

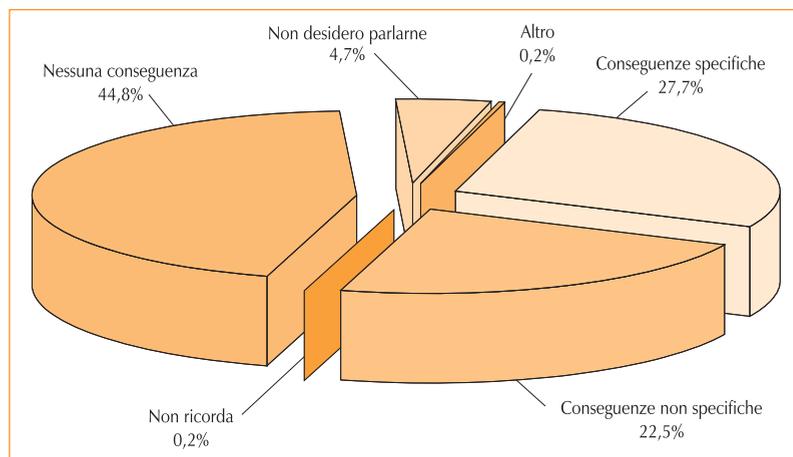
### 1.3. Le conseguenze dell'abuso sessuale sulle relazioni

Le donne possono riferire episodi fino a quel momento interpretati come "incidenti domestici", quali intossicazioni da ingestione di deersivi o ubriachezza, ricordati dalle ex vittime come "marachelle" o segni di "carattere difficile", sconnessi dal ricordo della sofferenza emotiva e del bisogno di essere soccorse.

È ampia, e molto polverizzata, la gamma di risposte che le donne hanno fornito a domande che sollecitavano l'identificazione degli effetti delle pregresse esperienze di abuso sulle relazioni e sulla sessualità. A fini di analisi statistica, le risposte sono state raggruppate in conseguenze specifiche (ad esempio difficoltà sessuali, paura della sessualità, non fidarsi degli altri per paura della loro intenzione di fare sesso, ecc.) e non specifiche (ad esempio difficoltà a iniziare relazioni affettive, difficoltà a provare fiducia nei confronti degli altri, ecc.).

Un terzo delle donne fornisce risposte riconducibili a conseguenze specifiche. Queste ultime risultano avere un peso maggiore nel gruppo delle donne con ESI multiple, e la differenza più rilevante con il gruppo delle donne con solo abuso riguarda la risposta relativa alla paura della

**Grafico 3 - Risposte sul modo di vivere il rapporto con gli altri a seguito di episodi di abuso (valori percentuali)**



sessualità. Anche qui il dato può essere influenzato dal fatto che nel gruppo delle abusate vi sono anche i casi di abusi lievi, senza l'amplificazione del danno dovuta alla presenza di altri tipi di maltrattamento.

Nel gruppo delle ESI multiple, caratterizzate da abusi di maggiore gravità e durata, è possibile che incida un clima di paura presente nel contesto familiare, dovuto anche alle altre forme di maltrattamento (si pensi alle situazioni di maltrattamento fisico e alla violenza assistita), che può riverberarsi su tutti gli ambiti della vita e aggravare quindi un vissuto di paura anche nella sfera sessuale. Sulla vita sessuale e di relazione incide anche la vergogna, la cui influenza è accresciuta, in molti casi, dalla riprovazione di cui le bambine possono essere state fatte oggetto per comportamenti sessualizzati conseguenti all'abuso sessuale, che non è stato però identificato come causa dagli adulti di riferimento. Anche nei casi in cui l'abuso sessuale sia stato rilevato, i comportamenti sessualizzati sono tra gli effetti gestiti con maggiore difficoltà dagli adulti a livello sia intra che extrafamiliare (ad esempio a scuola o nelle comunità di accoglienza). La tendenza a colpevolizzare, isolare, "espellere" le vittime si riscontra frequentemente, in particolare come reazione a questo tipo di effetti.

La maggioranza delle donne afferma di non avere avuto alcuna conseguenza particolare nel rapporto con gli altri e nella sfera sessuale. Tale risultato nelle risposte può essere legato sia a una reale assenza di conseguenze, sia a conseguenze troppo difficili da riferire, o non collegate dalle sopravvissute alle esperienze di vittimizzazione (come può avvenire anche per altri esiti traumatici) oppure non percepite come problematiche.

### 1.3.1. Età delle donne al primo rapporto sessuale

Le donne con ESI multiple rivelano una particolare precocità sessuale riferendo un'età al primo rapporto tra i 14 e i 16 anni; in questa fascia, infatti, queste donne hanno un'incidenza pari al 23,6%, un valore superiore di 5,5 punti percentuali rispetto alla distribuzione marginale complessiva che, come si ricorderà, ha un valore del 18,1%. Esattamente l'opposto accade tra le donne che non riferiscono alcuna forma di ESI: 20,5% vs 26,4%.

In generale, le donne esposte a ESI multiple rivelano una precocità sessuale relativamente maggiore rispetto alle altre; tra di loro, infatti, la percentuale di donne che hanno avuto il primo rapporto al di sotto della maggiore età è pari al 37,6%.

**Tavola 1 - Donne secondo l'età a cui hanno avuto il primo rapporto sessuale secondo il percorso di vita dichiarato**

Età	No ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Fino a 13 anni	0,5	1,5	0,4	1,2	0,6
<i>di cui entro i 10 anni</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>	<i>1,0</i>	<i>0,2</i>
Dai 14 ai 17 anni	24,3	29,3	31,8	36,4	30,5
Da 18 a 23	53,8	54,1	50,2	51,3	51,6
Da 24 a 29	10,6	6,8	10,3	8,7	9,9
Oltre 29 anni	1,0	0,8	1,4	0,7	1,1
Mai avuto	0,3	0,0	0,4	0,0	0,3
<i>n.r.</i>	<i>9,4</i>	<i>7,5</i>	<i>5,6</i>	<i>1,7</i>	<i>6,0</i>
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

È da notare che alcune donne hanno collocato l'età al primo rapporto entro i 13 anni, e qualcuna addirittura entro i 10 assegnando il significato di primo rapporto sessuale all'abuso sessuale riferito poi successivamente nel corso dell'intervista.

Ma con chi avvenne il primo rapporto? Oltre metà delle donne ha avuto rapporti con partner più grandi di loro (dai tre ai sette anni di più), una scelta frequente tra le ragazze che raggiungono la maturità sessuale più precocemente rispetto ai coetanei maschi, con i quali riferisce di aver avuto il primo rapporto un terzo delle donne.

Non si rilevano differenze particolarmente significative, eccetto per ciò che riguarda la presenza di partner molto più grandi di età (10 anni e oltre), con i quali riferisce di aver avuto la prima esperienza sessuale completa in media il 5,4% delle donne, una percentuale che scende a 2,2% tra le donne senza ESI; si conferma per le donne vittime di forme multiple di maltrattamenti e sale a 8,8% e a 9,9% rispettivamente tra coloro che hanno subito una qualche forma di abuso e tra le donne vittime di ESI multiple. Questo risultato può essere determinato da una tendenza maggiore alle ripetizioni traumatiche nel gruppo ESI

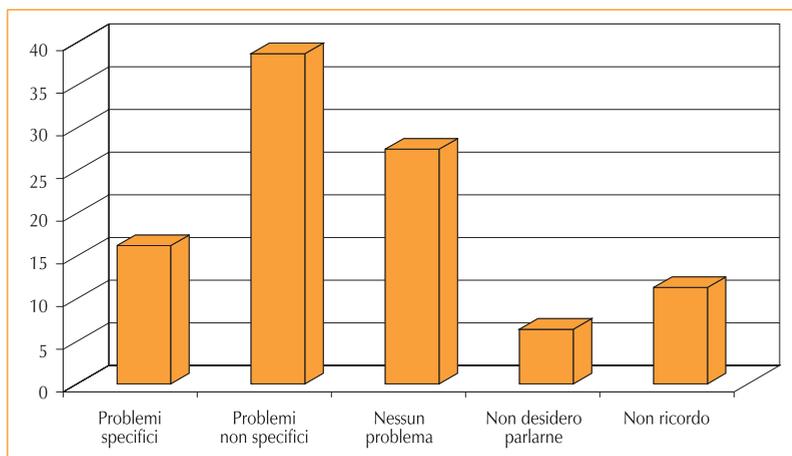
multiple, ma potrebbe anche avere il significato di un'interpretazione di atti abusivi come primi rapporti sessuali (cosa che si ritrova anche nelle risposte relative all'età del primo rapporto).

C'è anche un piccolo gruppo che indica come partner una persona più giovane (3% complessivamente), una scelta che appare lievemente più frequente tra le donne esposte a maltrattamenti e abusi sessuali (4,1%), e non comune tra le donne con solo abuso (0,7%): questo dato potrebbe significare l'evitamento di atti sessuali con persone più adulte come effetto dell'attenzione e della paura delle relazioni intime e di aspetti della sessualità?

#### 1.4. L'impatto del trauma sulla salute fisica

Una particolare incidenza di disturbi fisici in vittime di abusi e maltrattamenti in età infantile e adolescenziale è segnalata in letteratura da molti autori, così come la maggiore possibilità per le sopravvissute di sviluppare sintomi somatici di fronte ad altre situazioni di stress (Thakkar, McCanne, 2000). Le donne ricordano disturbi che ricorrevano durante l'infanzia: nella maggior parte dei casi sono però disturbi non specifici (38,7% delle risposte), quali malattie frequenti, disturbi gastrointestinali, mal di testa/cefalea, vomito; alcune risposte riportano invece disturbi caratteristici dei bambini vittime di abusi sessuali, quali disturbi vaginali ed enuresi notturna (16,2%). L'analisi in dettaglio delle risposte evidenzia la presenza di molteplici disturbi non specifici tra le donne con ESI multiple, un dato plausibilmente collegabile alla concorrenza di più forme di trauma in età infantile.

**Grafico 4 - Problemi di salute avuti a seguito di episodi di abuso  
(valori percentuali)**



L'impatto del trauma sullo stato di salute si può prolungare durante tutto l'arco della vita, con una particolare incidenza dei disturbi fisici in donne che presentano associazione di abusi nell'infanzia e rivittimizzazioni nell'età adulta (Allen, 2001). Sugli effetti fisici influiscono anche i comportamenti a rischio, quali abuso di alcol, abuso di sigarette, droghe, trascuratezza per la salute e disordini alimentari. Sono state rilevate correlazioni anche tra alessitimia e sviluppo di disturbi fisici. La possibilità di poter mettere in parola le emozioni e di condividerle avrebbe all'inverso una funzione protettiva sulla salute (Richards, Beal, Segal, Pennebaker, 2000).

Disturbi gastrointestinali, cardiopolmonari, neurologici, sessuali e riproduttivi, oltre a sindromi dolorose, risultano avere una più alta incidenza in donne con storie pregresse di vittimizzazione sessuale rispetto a persone non vittimizzate nell'infanzia. Disturbi del sonno, iperventilazione, fatica, nausea, dolori addominali, dolori toracici, dolori muscolari, articolari, cefalea, fibromialgia sono anch'essi frequentemente connessi a pregresse storie di maltrattamento, abuso e trascuratezza.

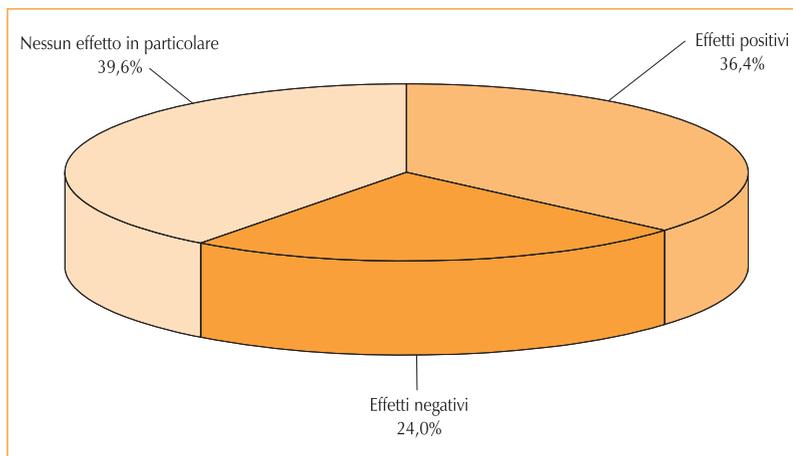
Nell'analisi clinica, i disturbi vaginali generalmente riferiti dalle vittime di abuso sessuale sono perdite, prurito, fitte dolorose ai genitali esterni, vaginismo. Anche le candidosi recidivanti sono frequenti nelle adulte vittime di abusi sessuali infantili. Spesso le pazienti non seguono le cure necessarie per la frequente difficoltà a sottoporsi a visite ginecologiche e a eseguire medicazioni intravaginali. Si riscontrano anche irregolarità dei cicli mestruali e amenorrea, associata quest'ultima frequentemente a disturbi dell'alimentazione. Tra gli effetti somatici, vi è anche la possibilità di calcolosi renali e cisti ovariche in adolescenza (Luberti, 1997).

### 1.5. Effetti del recupero dei ricordi nelle donne abusate

Come esposto nel capitolo «Il contesto della ricerca e i principali risultati» la maggior parte delle donne ha sempre ricordato le esperienze di abuso sessuale vissute durante l'infanzia. Tra coloro che hanno invece avuto momenti più o meno prolungati di parziale “dimenticanza” (17,5%), il recupero del ricordo spesso non viene associato ad alcun effetto particolare (39,7% delle risposte) come se fosse privo di contenuto emotivo, un vissuto associabile, specialmente nelle situazioni più gravi, ai meccanismi di difesa esaminati nei precedenti capitoli.

Per alcune donne, invece, il recupero è stato causa di grande sofferenza e vissuto come negativo (24% delle risposte). Nell'esperienza clinica una delle richieste fatte dalle donne, quando si rivolgono per un aiuto, è, infatti, quella di riuscire a “dimenticare” e a “fermare” i ricordi. Quest'ultima aspettativa è legata in particolare alle forme amnestiche intrusive, quali i flashback, e agli incubi che ripropongono episodi traumatici o aspetti e particolari di questi, a volte con una riproduzione esatta

Grafico 5 - Effetti del ricordo (valori percentuali)



degli eventi, oppure sono caratterizzati da contenuti di morte, pericolo di vita, persecuzioni, stragi da parte di assassini o di esseri mostruosi, dei quali nel sogno a volte si avverte la presenza, senza che essi si rivelino.

Gli effetti positivi del ricordo (36,4% delle risposte) sono legati alla possibilità di dare un significato alla sofferenza, e di poter intraprendere un percorso di elaborazione rispetto ai vissuti traumatici, con una mobilitazione delle energie psichiche ed emozionali bloccate.

Ricordare apre alla possibilità di spostare l'attribuzione di responsabilità del proprio disagio da sé al persecutore e, con le dovute differenze, alle figure di riferimento non protettive, e può determinare la richiesta di un aiuto appropriato. Le vittime attribuiscono sempre a se stesse (o anche a se stesse) la responsabilità dell'abuso: la possibilità di rivisitare le vicende traumatiche può portare a una riparazione rispetto ai vissuti di colpa e di stigmatizzazione.

### 1.6. La rivelazione dell'abuso sessuale

Circa il 65% delle donne vittime di abuso riesce a parlare con altri degli eventi accaduti. Un consistente 30,5% riferisce tuttavia di non averne mai parlato. Emerge inoltre una tendenza alla rivelazione lievemente superiore nelle donne che sono state esposte solo a forme di abuso sessuale rispetto alle donne con ESI multiple.

Oltre il 50% delle rivelazioni avviene in tempi prossimi agli eventi, ma circa un terzo delle donne riferisce di essersi confidata solo a distanza di molti anni dall'accaduto (anche qui si ha una prevalenza delle risposte nel gruppo delle ESI multiple).

È evidente che la gravità dei casi influisce sulla possibilità di chiedere aiuto, per le caratteristiche dell'abuso e per la presenza di situa-

zioni familiari più disfunzionali e presumibilmente caratterizzate da minori capacità protettive degli altri adulti di riferimento, i quali possono o determinare l'interruzione dell'abuso, aiutare nella ricerca di senso, nel recupero dell'autostima, della fiducia e dell'empowerment, mitigando quindi gli effetti nefasti del trauma sessuale, oppure essere collusivi o comunque incapaci di mettere in atto azioni protettive e riparative efficaci.

Il poter parlare degli eventi traumatici è indice di maggiori risorse e di una strutturazione meno rigida delle difese, che si riflettono sulla possibilità di cercare aiuto e di affrontare i vissuti di stigmatizzazione, colpa, vergogna, eccetera. Parlare può permettere inoltre alle vittime di condividere l'esperienza con persone che possono avere avuto esperienze analoghe.

Per quanto il confronto con altre sopravvissute possa risultare difficile e doloroso, esso ha anche il vantaggio di rendere possibile un diverso pensiero sull'esperienza traumatica, incidendo sul senso di "unicità mostruosa" e permettendo, per lo meno in alcuni casi, un inquadramento delle proprie vicende non solo alla luce del singolo contesto familiare e con l'unica chiave di lettura della personale predisposizione all'orrore. Luisa Muraro (1997) scriveva che quando c'è stupro (ma anche processo per stupro) la volontà e il pensiero della donna sono esposti a una violenza ancora maggiore di quella patita dal corpo, e che è perciò necessario trovare un significato femminile a tali violenze. Metteva quindi la violenza sessuale nell'ordine della sventura, di un tipo di eventi cioè che non ha nulla di straordinario dato che può succedere a tutte, facendo parte della comune condizione femminile. Muraro parla dello stupro sulle adulte, ma l'utilizzo del concetto di "sventura" può essere una chiave di lettura utile, se usata con le dovute differenze, anche nei nostri casi. Questo può avvenire a patto che si riesca a guardare non solo alle dinamiche familiari e alle problematiche personali sottese ai comportamenti abusivi, ma si arrivi a considerare il terreno sociale e culturale da cui sono nutrite le violenze e a rilevare le collusività nel sistema di protezione e cura. Infatti non deve trattarsi di un modo per minimizzare il danno patito dalle vittime e le responsabilità del perpetratore, in quanto la finalità è quella di arrivare a un ridimensionamento dei vissuti di stigmatizzazione e predestinazione (Luberti, 1997).

Il fatto che si riesca a parlare in anni successivi all'abuso può denotare che l'effetto di paralisi, dissociazione/confusione è massimo mentre avvengono gli atti abusivi, mentre con il passare del tempo può aumentare la capacità di rivelare e quindi la possibilità di comprendere e dare un significato a quanto è successo, attraverso il confronto con altri.

Va tuttavia sottolineato un dato rilevabile dal lavoro clinico. Molte persone che chiedono aiuto per disagi legati ad abusi pregressi affermano di non aver mai parlato prima dell'abuso, oppure riferiscono di

averne parlato per la prima volta con il partner, con un amico o con un altro operatore, in tempi recenti. Se però si fanno degli approfondimenti, così come possono emergere abusi avvenuti più precocemente nel tempo rispetto a quelli inizialmente riferiti, allo stesso modo vengono frequentemente messi a fuoco ricordi di rivelazioni precoci fatte in particolare a familiari.

In questi casi, se si analizzano le reazioni delle persone che hanno ricevuto queste prime confidenze, si riscontrano le seguenti risposte: l'assenza totale di reazioni («La mamma non ha detto niente»), la negazione della realtà delle comunicazioni («Hai capito male»; «Non dire bugie»), la messa a confronto con l'abusante, l'allontanamento da casa della bambina (es. in collegio o presso un parente).

La negazione della realtà da parte di chi riceve le confidenze ha un effetto paralizzante dal punto di vista emotivo, e "congela" il ricordo nel versante della confusione dissociativa.

L'assenza di reazioni "richiude" il ricordo nell'irrealtà, bloccando la ricerca di significati, irrigidisce i meccanismi di difesa delle vittime e trasforma nella mente la mancata risposta alla richiesta di aiuto nella convinzione delle vittime di non averlo mai chiesto.

È possibile che le vittime accedano ai ricordi relativi alle precoci rivelazioni durante i percorsi terapeutici, attraverso la ricostruzione cognitiva ed emotiva degli eventi, che permette di arrivare a una narrazione meno lacunosa.

Il lavoro con i bambini e le bambine abusati conferma questo dato. È frequente infatti che i segnalanti rivelino che qualcosa era stato detto loro già prima dell'evento/rivelazione, che ha determinato la richiesta di consulenza e la segnalazione.

Dal lavoro sui casi risulta che le prime rivelazioni, spesso, vengono fatte tra l'uno e i due anni precedenti la segnalazione, ma i segnalanti riferiscono che non vi hanno creduto, che non avevano capito, che per un attimo vi hanno creduto, ma poi si sono sentiti in colpa per aver pensato che potesse esserci del vero, che si sono detti «che era una cosa troppo orribile per poter pensare che fosse vera» e che non hanno fatto comunque domande di approfondimento alle vittime. Se invece sono state fatte altre domande, queste sono state poste frequentemente in un modo che è stato percepito dalle vittime come minaccioso, con conseguente ritrattazione (quest'ultimo caso in particolare con adolescenti).

Inoltre, molti continuano tutt'oggi a considerare "vero" abuso solo quello in cui ci sia stata penetrazione e uso di forza fisica, interpretazione condivisa ancora da un certo numero di operatori, che parlano dei casi in termini minimizzanti e indefiniti: «Non è stato un abuso vero e proprio, c'è stato qualcosa... dei tocamenti».

Nel lavoro terapeutico si riscontra che per le vittime risulta particolarmente difficile identificare gli abusi senza contatto fisico, seppur gra-

vi (discorsi pornografici, visione di materiale pornografico, induzione ad attività di autoerotismo, comportamenti masturbatori), in particolar modo quando perpetrati dal padre o da altre figure di riferimento.

Anche se dai dati della ricerca non è possibile dedurre specifiche caratteristiche relative a modalità e frequenza con cui le vittime hanno parlato dell'abuso, è noto dalla letteratura e dal lavoro clinico che tra le forme di ripetizione del trauma vi è anche la narrazione compulsiva dell'evento traumatico (Gelinias, 1983), come tentativo di espulsione/elaborazione degli eventi sopraffacenti.

I tentativi di "espulsione" sono legati essenzialmente alle sensazioni di invasione, colonizzazione e contaminazione (in alcuni casi è evidente la somiglianza con il vomito delle bulimiche), mentre il tentativo di uscire dalla confusione, dando un nome alle cose successe e cercando di riprendere le fila della narrazione interrotta dal trauma, fa parte di un processo di elaborazione che, specie nei casi più gravi, necessita di percorsi terapeutici adeguati. La narrazione compulsiva, secondo Gelinias, può essere messa in relazione con lo svelamento da parte della donna dell'abuso subito, svelamento a cui segue l'emersione della nevrosi traumatica, con intense emozioni e ricordi vividi del trauma.

Secondo Gelinias, le caratteristiche della nevrosi traumatica sono la negazione fasica del trauma alternata con forme intrusive di ripetizione del trauma stesso, quali pensieri ossessivi e incubi, ripetizioni emozionali che vanno dalla ripetizione compulsiva del racconto dell'abuso alla compulsività sessuale, al mettersi in situazioni fisicamente pericolose, a produzioni artistiche a sfondo traumatico. Depressione, ansia, fobie, irritabilità, abuso di sostanze sono considerate dall'autrice elaborazioni secondarie che insorgono a seguito della nascosta e non trattata nevrosi traumatica.

L'autrice sottolinea l'importanza che i terapeuti aiutino le pazienti a liberare gradualmente le emozioni intense emergenti, in modo da poterle controllare; infatti la bambina ha sperimentato l'abuso come qualcosa di sopraffacente, ed è importante che ora non si senta nuovamente sopraffatta.

#### 1.6.1. Effetti della rivelazione

Ci furono effetti significativi, concreti dopo la rivelazione? Il 33,9% delle risposte, corrispondente al 22,2 % delle abusate, è affermativo, ma il 43,4% delle donne non ricorda alcun effetto tangibile.

Tra le conseguenze significative prevalgono azioni dirette sull'abusante (per esempio, richiesta di chiarimenti sui fatti rivelati dalla minore), nel 49,6%; seguono l'interruzione dei rapporti con quest'ultimo e l'intervento di istituzioni esterne (il fatto fu denunciato o riferito ai servizi), entrambi indicati dal 18% delle risposte, ma fu esperienza reale solo per il 4,4% delle donne abusate. Anche effetti di empowerment della vittima hanno riguardato poche: solo un 3,1% di donne (tav. 2).

**Tavola 2 - Donne esposte ad abuso sessuale secondo l'eventuale effetto concreto che ebbe l'aver parlato degli episodi subiti**

Effetti riscontrati	% risposte	
Sì	33,9	
No	66,1	
<i>n.r.</i>	-	
<i>Se sì, quali</i>		per 100 abusate
Interruzione rapporti con l'abusante	18,0	4,4
Azione diretta sull'abusante	49,6	12,0
Intervento istituzioni esterne	18,0	4,4
Negazione	1,6	0,4
Empowerment vittima	12,8	3,1
Non ricorda	0,0	0,0
Altro	0,0	0,0

L'intervento di istituzioni esterne è fondamentale in situazioni familiari caratterizzate dalla difficoltà a riconoscere le proprie problematiche e a trovare vie d'uscita, anche nei casi in cui l'abuso è di tipo extrafamiliare.

La protezione delle vittime riguarda in primo luogo l'interruzione degli atti abusivi, ma è necessario sempre tenere conto della necessità che venga messa in atto una protezione mentale adeguata, che non si esaurisce con la cessazione "fisica" dell'abuso sessuale.

Per quanto sia fondamentale l'attivazione di comportamenti protettivi da parte dei familiari non abusanti, volti all'interruzione dell'interazione sessualizzata, tuttavia le dinamiche relazionali e le problematiche individuali presenti in particolare nelle famiglie incestuose, ma anche in quelle dove avvengono abusi cronici extrafamiliari, sono complesse e raramente è possibile un'efficace riparazione senza interventi e aiuti esterni. L'abuso sessuale, infatti, può cessare dopo la rivelazione grazie a interventi sull'abusante da parte di altri familiari, ma la vittima può essere vincolata da tutta la famiglia al silenzio, controllata, allontanata, esortata a dimenticare e a perdonare («adesso è tutto a posto»), oppure colpevolizzata e punita se manifesta rabbia o ribellione e se non accetta i miti familiari riguardanti la fondamentale bontà dei genitori e quelli sul valore dell'unità familiare a tutti i costi e a qualsiasi prezzo.

Il disagio, che si può esprimere attraverso stati depressivi, difficoltà nella vita di relazione, in quella lavorativa e nello studio, può essere minimizzato o attribuito a particolarità caratteriali della vittima con negazione del danno derivato dalle azioni dell'abusante e dalla mancata protezione.

I vincoli dell'abusante rispetto al mantenimento del segreto («Se parli la famiglia è rovinata», «Rovinerai i tuoi fratelli») possono venire assunti da altri familiari e in particolare dalla madre, in caso di abuso paterno.

Nel caso in cui l'abusante sia un parente (un nonno, uno zio oppure un cugino) frequentemente il genitore che ha il legame di parentela diretto, qualora non neghi la realtà dei fatti, è comunque particolarmente soggetto a minimizzare il danno sui figli, sulla moglie e su lui stesso, nonché le responsabilità del perpetratore e la necessità di proteggere i familiari da contatti con lui.

La minimizzazione, fino alla negazione (che la ricerca non lascia emergere come reazione frequente, interessando solo lo 0,4% delle donne), può essere l'esito di una catena intergenerazionale di abusi e violenze; nel caso di abusi da parte di un nonno, all'anamnesi del figlio di costui, genitore della piccola vittima, possono emergere: violenza assistita nell'infanzia da maltrattamento sulla madre, violenza assistita da abuso sessuale su fratelli/sorelle, maltrattamento fisico e/o psicologico. Il maltrattamento psicologico, in particolare, continua a essere attuato anche nell'età adulta a carico del genitore della piccola vittima, cementato dalla dipendenza dalla famiglia di origine, a volte anche lavorativa (esempio: il padre lavora nella ditta del nonno).

Possono anche verificarsi situazioni in cui l'abuso sul genitore, in particolare sulla madre, iniziato nell'infanzia, continua a protrarsi nel presente. Sono i casi dove la protezione delle nuove piccole vittime è del tutto assente, in quanto può emergere una collusività assoluta con l'abusante e la conseguente negazione dei fatti.

Ci sono poi i casi dove l'abuso sui bambini della famiglia è perpetrato sia dalle generazioni più vecchie che da quelle giovani.

Difficoltà protettive e rifiuto di aiuti esterni da parte dei genitori si hanno anche nei casi di abusi commessi da un figlio su un altro bambino della famiglia, con alte possibilità che la vittima sia spinta alla ritrattazione e quindi "sacrificata" per non esporre l'autore dell'abuso.

### 1.7. Alcune riflessioni sulle reazioni alle esperienze di maltrattamento

**Tavola 3 - Donne esposte a maltrattamento con o senza abuso sessuale secondo l'effetto che ha avuto il recupero dei ricordi degli episodi subiti**

Effetti del ricordo	per 100 maltrattate che hanno recuperato successivamente il ricordo
Mi ha fatto stare peggio	23,0
Mi ha fatto stare meglio	45,2
Nessun effetto specifico	26,2
Altro	5,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Per quanto riguarda l'esperienza delle donne esposte a differenti forme di maltrattamenti, associati o meno a esperienze di abuso sessuale, gli effetti del recupero dei ricordi sono positivi nel 45,2 % dei casi, mentre per il 23% risultano essere stati negativi.

La possibilità di leggere le proprie difficoltà alla luce degli eventi e delle dinamiche familiari mostra di avere in molti casi un impatto positivo sulla vita delle donne. Il fatto che il ricordo abbia fatto stare peggio è legato alle emozioni dirompenti che possono accompagnarlo e alla messa in crisi di miti familiari, a cui le vittime hanno fino ad allora aderito. Quanto più forte era l'idealizzazione dei propri genitori, tanto più è possibile che le vittime siano invase da confusione e sentimenti dolorosi e contrastanti, con tentativi disperati di negare, minimizzare, «dimenticare di nuovo».

La mancanza di effetti può anche qui essere legata ai meccanismi di difesa mobilitati per arginare l'impatto emotivo del trauma e alla presenza di forme di maltrattamento e trascuratezza lievi, senza la componente di abuso sessuale, come risultano dai percorsi di vita della ricerca.

**Tavola 4 - Donne maltrattate che hanno parlato con qualcuno della propria esperienza**

Hanno parlato	Solo maltrattamenti	ESI multiple	Totale
Si	25,7	42,8	30,3
No	52,6	42,3	49,9
<i>n.r.</i>	21,6	15,0	19,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tra le donne che riferiscono solo maltrattamenti, a prescindere dalla gravità degli stessi, la maggioranza non ne ha mai parlato con qualcuno. La percentuale delle risposte affermative è invece molto maggiore tra le donne con ESI multiple: 42,8%, un valore superiore di ben 12,5 punti percentuali rispetto all'incidenza media delle risposte affermative tra coloro che riferiscono almeno una qualche forma di maltrattamento (30,3%). Questo risultato può dipendere dal fatto che per il campione di donne che hanno riferito di avere subito solo maltrattamento le forme lievi rappresentano il 75%.

D'altro canto nei casi di ESI multiple può incidere sulla percentuale di risposte negative:

- il fatto che i maltrattamenti possano essere stati lievi e l'abuso sessuale invece moderato o grave e in questi casi il ricordo e il racconto possono essersi maggiormente focalizzati sul trauma sessuale;
- per quello che riguarda i casi più gravi, possono aver influito i meccanismi di negazione, le difese dissociative, la vergogna e la paura della stigmatizzazione, la protezione verso i familiari, fattori questi presenti sia nei maltrattamenti che negli abusi sessuali, e che risultano amplificati nei casi di ESI multiple.

L'utilità dell'aver parlato (tav. 5) è maggiore nel gruppo delle ESI multiple (51,7), a fronte della percentuale del 31,3 che si ha per il gruppo con solo maltrattamenti, grazie all'attivazione di azioni protettive e per l'effetto della condivisione con persone capaci di ascolto.

Si sa che la condivisione e la verbalizzazione con altri membri della famiglia – ad esempio con i fratelli – delle esperienze negative comuni e delle emozioni connesse agli eventi, quali la paura, l'angoscia, la tristezza, nonché la possibilità di trovare consolazione, agisce come fattore di protezione e ha l'effetto di mitigare l'impatto dei maltrattamenti.

Nei casi di ESI multiple, la rivelazione di dinamiche familiari maltrattanti o trascuranti può avere anche aiutato le persone a mettere maggiormente a fuoco la mancata o scarsa protezione rispetto all'abuso sessuale, sia nel caso di abuso intrafamiliare che extrafamiliare, e a raggiungere nel corso della vita una certa chiarezza rispetto alle responsabilità genitoriali e agli imbrogli messi in atto dall'abusante. L'assenza di protezione ha, infatti, un ruolo determinante sulla durata dell'abuso e sul ritardo nella rivelazione e nell'esplicita richiesta di aiuto per abusi sessuali.

D'altro canto, l'abuso sessuale può coesistere con miti familiari di perfetta armonia e unità: mettere a fuoco e rivelare anche altri tipi di maltrattamento può aiutare le vittime a raggiungere un quadro più realistico sulla famiglia di origine, di cui l'abuso sessuale è una gravissima espressione.

L'elevata percentuale di risposte affermative alle domande «poco utile» e «per niente utile» (54, 8%) conferma il dato della purtroppo frequente difficoltà di trovare soccorso e protezione sia nell'ambito familiare sia in quello sociale, ma questo dato, forse, indica anche le difficoltà di utilizzare possibili aiuti da parte delle vittime adulte. Questo aspetto chiama in causa la necessità di rilevare e proteggere precocemente i bambini, prima che i danni si strutturino in maniera grave.

**Tavola 5 - Donne maltrattate secondo l'utilità della rivelazione**

<b>Parlarne fu</b>	<b>Solo maltrattamenti</b>	<b>ESI multiple</b>	<b>Totale</b>
Molto utile	11,4	20,4	14,2
Abbastanza utile	19,9	31,3	23,4
Poco utile	11,0	10,8	10,9
Per niente utile	49,2	32,1	43,9
Non so	7,3	4,2	6,3
<i>n.r.</i>	1,3	1,3	1,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

2. Cura di sé  
nelle donne abusate  
e maltrattate

Tavola 6 - Donne abusate secondo il tipo di consulenza o aiuto specialistico chiesto in età adulta per affrontare le difficoltà collegate agli eventi di maltrattamenti e abuso sessuale

Consulenza richiesta	Solo abuso sessuale	esi multiple	Totale
No, a nessuno	21,8	78,2	100
Si, ai servizi territoriali	5,4	94,6	100
Si, a uno psicologo privato	6,3	93,8	100
Si, a uno psichiatra privato	0	100	100
Si, a un medico	0	100	100
Si, a un prete/religioso	0	100	100
Si, ad altra figura	0	100	100
<i>n.r.</i>	48,8	51,2	100
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100</b>

In età adulta le donne si sono rivolte a qualcuno per chiedere supporto a fronte di conseguenze a lungo termine delle ESI vissute nell'infanzia? Ponendo attenzione alla componente che riferisce forme varie di abuso sessuale, oltre il 50% risponde negativamente, con una certa prevalenza di donne esposte a ESI multiple. Quando queste ultime chiedono aiuto lo fanno rivolgendosi a un'ampia gamma di referenti, in alcuni casi forse più per avere conforto che non una risposta specialistica: è il caso di coloro che si sono rivolte a preti o altre figure religiose.

In generale, per entrambi i gruppi, le richieste di aiuto sono state fatte per lo più a psicologi privati e ai servizi territoriali.

Così come è ovvio che le richieste di aiuto sono proporzionali alla gravità del disagio percepito dalle vittime, altrettanto lo è il fatto che nei casi più gravi può essere molto difficile riconoscere il danno e il bisogno di aiuto, come già sottolineato nelle parti generali.

Quanto più la situazione infantile presenta caratteri di gravità, tanto più viene danneggiata la fiducia negli altri, e quindi le vittime in età adulta possono presentare maggiori difficoltà o impossibilità di rivolgersi all'esterno.

Come afferma Gabbard (1994) in riferimento alla psicoterapia, «la professione del curare è intrinsecamente sospetta per i pazienti che sono stati sfruttati dietro l'apparenza di essere amati».

Le eventuali esperienze di risposte neganti o minimizzanti alle richieste di aiuto fatte dalle vittime durante l'abuso incidono anch'esse pesantemente sulla possibilità di cercare soccorso nella vita adulta, aggravando i danni nelle relazioni e la stigmatizzazione.

Nei casi in cui non ci sia stata nel passato una rivelazione diretta, il fatto che però non siano stati eventualmente colti indicatori di disagio, a volte eclatanti, che non solo non sono stati letti come effetto di quanto accadeva, ma che sono stati del tutto trascurati e per i quali non si è attivata nessuna forma di seppur generico soccorso e né di

consolazione (ESI multiple!), ha comprensibilmente aumentato la sfiducia di poter essere aiutati e di essere degni di attenzione e di cura.

**Tavola 7.A - Donne che hanno o meno un/a ginecologo/a secondo il percorso di vita dichiarato (% di riga)**

Hanno un ginecologo	No ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	29,6	6,3	46,2	18,0	100,0
No	18,3	4,8	58,4	18,5	100,0
<i>n.r.</i>	0,0	0,0	75,0	25,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

In precedenza è stato ricordato come tra gli effetti a breve e al lungo termine della violenza vi siano difficoltà sessuali oltre a specifici disturbi nell'area genitale e nel ciclo mestruale. L'attenzione alla cura di sé e del proprio corpo è una funzione che può essere danneggiata nelle donne vittime di gravi maltrattamenti e abusi in età minore. Su questo versante la ricerca non riesce a catturare particolari informazioni nonostante la presenza di alcune domande specifiche all'interno del questionario. Le differenze nel comportamento di attenzione alla cura ginecologica di sé tra i quattro gruppi non sono significative, eccetto che nel caso del gruppo che riferisce solo maltrattamenti, che spicca tra coloro che non hanno un ginecologo (58,4% rispetto a una distribuzione marginale pari a 49,6%), un aspetto, è bene non dimenticarlo, che potrebbe però essere associato al fatto che in questo sottogruppo è particolarmente alta la presenza di donne di età più matura, forse meno abituate ad avere un ginecologo di fiducia.

Le risposte positive alla domanda comunque prevalgono in tutti i gruppi (tav. 7.B).

**Tavola 7.B - Donne che hanno o meno un/a ginecologo/a secondo il percorso di vita dichiarato (% di colonna)**

Hanno un ginecologo	No ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	80,9	77,6	67,1	71,6	72,2
No	19,1	22,4	32,3	28,0	27,5
<i>n.r.</i>	0,0	0,0	0,5	0,5	0,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Per tutti i gruppi la frequenza delle visite è per la maggioranza corrispondente a una volta l'anno, seguita dalle risposte positive per «più di una volta all'anno», con un leggero graduale decremento delle ri-

sposte positive passando dal gruppo di controllo al gruppo delle ESI multiple (tav. 8).

Per quello che riguarda le altre risposte (da «ogni due-tre anni» a «non ricorda»), sommandole risulta che le percentuali sono lievemente maggiori per il gruppo della ESI multiple rispetto al gruppo di controllo.

In questo gruppo si confermerebbero quindi maggiori difficoltà nella cura di sé, anche se le differenze non risultano rilevanti tra i gruppi. Difficoltà a seguire le raccomandazioni rispetto a una regolarità dei controlli ginecologici e a rispondere agli inviti per l'esecuzione di pap test e mammografie caratterizzano in effetti tutta la popolazione femminile italiana.

**Tavola 8 - Donne secondo la frequenza con cui si sottopone a visite e analisi secondo il percorso di vita dichiarato**

Frequenza	No ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Più di una volta l'anno	23,1	26,1	24,1	21,0	23,4
Una volta l'anno	46,5	46,3	44,5	43,4	44,9
Ogni due-tre anni	13,1	11,9	14,4	15,2	14,1
È da oltre 4 anni che non fa una visita	1,2	0,0	2,1	2,9	1,9
Raramente	6,5	6,0	7,5	8,9	7,4
Mai	0,5	0,7	0,9	1,7	0,9
Quando capita	8,0	8,2	6,0	7,0	6,8
<i>n.r.</i>	1,2	0,7	0,5		0,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 3. Relazioni con la fratria

La grande maggioranza delle donne che hanno risposto all'intervista hanno fratelli e sorelle. Questo fa pensare al grande e sommerso fenomeno della violenza assistita e al rischio che abusi e maltrattamenti non siano stati solo esperienza delle intervistate.

**Tavola 9 - Donne secondo l'eventuale presenza di fratelli/sorelle e il percorso di vita dichiarato**

Presenza fratelli/sorelle	No ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	86,9	82,1	88,4	88,7	87,7
No	13,1	17,9	11,6	11,1	12,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Il fenomeno della violenza assistita da maltrattamenti e/o abuso sessuale sui fratelli è ampiamente trascurato sia a livello operativo per quello che riguarda la protezione, la valutazione e la cura, sia a livello di pubblicazioni scientifiche.

La necessità di considerare la situazione dei fratelli e il danno alla relazione tra di loro derivante dall'abuso attuato su uno dei componenti della fratria era stato sottolineato agli inizi degli anni Novanta da Malacrea, Vassalli e Di Blasio, che indicavano come ingiustamente trascurato dalla letteratura il rapporto tra minori vittime di abuso sessuale e i loro fratelli (Di Blasio, 1990).

Sempre in riferimento a questo tipo di situazioni, Pedrocco Biancardi e Carini (2001) sottolineano che «gli atti di abuso vengono generalmente compiuti dapprima sulla figlia maggiore e con il tempo, se il comportamento abusante non viene ostacolato, si espande e coinvolge più figli».

Pedrocco Biancardi e Carini evidenziano inoltre il fatto che i tribunali per i minorenni, se prevedono una valutazione psicologica per le vittime dirette di abuso sessuale, molto raramente richiedono tale valutazione per gli altri componenti della fratria. Scrivono, inoltre, gli autori che «lo stesso accade per quanto riguarda le esigenze di tutela espresse dagli operatori sociali o le esigenze diagnostiche degli psicologi. Non si arriva certo a negare un coinvolgimento dei fratelli nelle vicende che si svolgono all'interno della famiglia, ma si attribuiscono loro dei vissuti presunti; altrettanto approssimativo è l'intervento a loro favore, nella convinzione che quanto attuato sugli attori principali del dramma gioverà sicuramente anche a loro».

Vizard e Tranter, già nel 1988, inserivano tra gli indicatori di abuso sessuale la presenza «di persona sospetta in stretto contatto con il bambino», e altri autori (Valente, 2001) hanno indicato come fattore di rischio una storia pregressa o attuale di abuso sessuale in famiglia, quale appunto si ha in caso di abuso sessuale su uno dei componenti della fratria, in particolare quando la violenza è perpetrata da un genitore o da una persona che ha accesso a tutti i bambini presenti nel nucleo familiare (altro parente, amico di famiglia, baby sitter, educatore, operatore per il tempo libero, medico di famiglia, ecc.).

Carini (2005) nota che alla definizione di violenza assistita vengono immediatamente collegate situazioni di bambini che assistono alla violenza sulle madri e riflessioni sui danni che subiscono o possono subire a seguito di forme di maltrattamento perpetrate sulla figura di attaccamento primario. Secondo l'autore, invece, la violenza assistita da abuso sui fratelli può essere altrettanto, se non di più, destabilizzante per i minori che ne sono vittime, in quanto l'identificazione tra pari è più immediata che non l'identificazione con la figura genitoriale.

Pedrocco Biancardi (2005), riferendosi agli interventi dei servizi per la tutela e la cura dell'infanzia, osserva che è necessario affinare gli strumenti di osservazione e di presa in carico terapeutica, estendendoli a tutti i componenti della fratria. Questo, afferma l'autrice, impone che non ci si limiti a una raccolta di dati anagrafici relativi ai fratelli

del minore preso in carico per abusi e maltrattamenti – operazione intesa come mero adempimento burocratico –, ma che di questi bambini e bambine ci si occupi con l'attenzione dovuta a soggetti considerati a rischio.

Gli autori fanno notare come, in caso di abuso su più componenti della fratria, vi è tra i bambini «una non comunicazione su quanto subito e anche una resistenza a parlarne tra loro. La scoperta della contemporanea vittimizzazione non porta a movimenti di solidarietà, bensì prevale un sentimento di distacco» (Pedrocco Biancardi, Carini, 2001).

Anche il lavoro con donne adulte conferma questo dato: moltissime vittime arrivano all'età adulta senza aver comunicato a fratelli e sorelle l'abuso subito e affermano di ignorare o di «non essere sicuri» che anche questi siano stati abusati, oppure negano decisamente questa possibilità, salvo scoprire, nel momento in cui rivelano la loro esperienza traumatica, che anche altri tra i fratelli e/o le sorelle sono stati sessualmente vittimizzati da bambini (Luberti, 2001a).

Come già sottolineato, l'abuso sessuale crea isolamento, distacco, e a volte aperta ostilità tra i vari membri della famiglia non abusanti. Alcune ragazze riferiscono come il vedere nelle sorelle i loro stessi «atteggiamenti» determina in loro non solo angoscia, ma rifiuto e odio (Luberti, 2001a).

Anche in casi in cui ci possa essere iniziale solidarietà, le complesse dinamiche familiari, con le triangolazioni dei figli, le parzialità, i molteplici segreti e le colpevolizzazioni possono, se non viene supportata la relazione tra membri della fratria, evolvere negativamente verso l'isolamento, l'allontanamento e l'incomprensione.

## Percorsi formativi, lavorativi e relazionali: l'effetto del maltrattamento e dell'abuso nella dimensione sociale dei soggetti\*

*1. Introduzione; 2. Il contesto teorico di riferimento; 3. I percorsi formativi; 4. L'esperienza lavorativa; 5. Le carriere relazionali*

### 1. Introduzione

In questo contributo saranno analizzati alcuni aspetti di contesto legati all'esperienza formativa, lavorativa e relazionale delle donne. Il tentativo che ci si propone è duplice. In primo luogo, facendo capo a una prospettiva di analisi del maltrattamento e dell'abuso attenta ai meccanismi e processi, si cercherà di mettere in evidenza la presenza di particolari condizioni preabuso riconducibili a ciò che la letteratura scientifica definisce quali fattori di protezione, fattori di rischio e risorse (Di Blasio, 2004). In secondo luogo, si cercherà di individuare la presenza di eventuali effetti che esperienze di maltrattamento e/o abuso possono aver prodotto nella definizione dei profili professionali e delle carriere scolastiche delle donne.

Tale lettura sarà operata avvalendosi prevalentemente delle informazioni relative ai percorsi lavorativi e formativi contenute nel questionario, ma anche al modo in cui, attraverso domande relative al titolo di studio e alla condizione occupazionale dei genitori, viene a caratterizzarsi il contesto familiare di origine in termini sia di dotazione di capitale culturale che di collocazione sociale.

Collocandosi all'interno di una logica interpretativa che tende a evitare la ricerca di nessi casuali e che pone attenzione ai processi, la formazione e il lavoro saranno inquadrati all'interno di una riflessione focalizzata sugli aspetti relazionali e, dunque, sul modo in cui tali esperienze si legano alla caratterizzazione che viene ad assumere il tessuto di relazioni sociali proprio di ogni donna.

Scuola e lavoro, dunque, non solo come contesti di potenziale affermazione del sé e di accumulazione di risorse economiche e culturali ma anche come ambiti privilegiati per quanto riguarda la costruzione delle relazioni sociali. Le domande specifiche contenute all'interno del questionario consentono di approfondire ulteriormente questo aspetto. Analizzando le risposte che a esse sono state fornite, si vuole andare alla ricerca non solo della caratterizzazione che viene ad assumere la rete di supporto della quale dispongono le donne vittime di maltrattamento e/o abuso, ma anche di quei meccanismi di riproduzione delle disugua-

---

\* Annalisa Tonarelli, sociologa, professore incaricato all'Università degli studi di Firenze.

glianze sociali che, come insegna la letteratura, fanno capo alla strutturazione e alla connotazione delle relazioni sia ascritte che acquisite (Bianco, 1996). La trama delle relazioni sociali, infatti, può essere considerata come un'immagine della "natura sociale" della persona, dei suoi modi di circolazione e di ancoraggio alla società (Degenne, Forse 2004).

## 2. Il contesto teorico di riferimento

La prospettiva qui adottata tenderà a discostarsi da quanto proposto all'interno degli altri contributi presenti nel volume, nella misura in cui farà riferimento a concetti e a strumenti di analisi di carattere prettamente sociologico e non specificamente orientati allo studio clinico dei fenomeni di maltrattamento e di abuso all'infanzia. All'interno di questo ambito disciplinare, suggerimenti particolarmente utili per affrontare le tematiche in oggetto si sono dimostrati quelli ricavabili dalla letteratura che ruota intorno al tema del *social support* e, più nello specifico, l'approccio adottato da Antonella Meo per quanto riguarda lo studio delle reazioni che gli individui mettono in atto di fronte a "eventi spiazzanti" (Meo, 2000). Muovendosi in un'ottica attenta agli aspetti processuali e multidimensionali dei fenomeni, l'analisi proposta cerca di portare alla luce l'impatto esercitato dagli eventi considerati sulla biografia di coloro che ne sono stati direttamente o indirettamente protagonisti e sulle modalità e strategie di reazione da questi elaborate.

All'interno di questa prospettiva, quindi, la biografia viene vista come un processo dinamico, costituito da una molteplicità di traiettorie (o "carriere") interconnesse e interdipendenti, che si sviluppano e si evolvono nel tempo; l'evento viene a caratterizzarsi come una transizione che determina un cambiamento di stato in una carriera.

Con il termine "carriera" si fa riferimento, nell'ambito della letteratura sociologica, a un concetto esteso che esula dall'ambito professionale ma che si riferisce, secondo le parole di Goffman (1968), a una sorta di filo conduttore di carattere sociale seguito da una persona nel corso della sua vita. Le carriere sono relative alle diverse dimensioni o sfere di cui si compone l'esistenza (familiare, amicale, lavorativa, formativa, biologica). Sono scandite da eventi e attraversano fasi<sup>1</sup>. Possono essere intese perciò come sequenze di situazioni di vita, di stati di transizione che si sviluppano in specifici ambiti di interazione sociale.

---

<sup>1</sup> Bisogna inoltre tener presente, come ricorda Meo, che il concetto di carriera presenta un'accezione oggettiva e una soggettiva: l'una ha a che fare con le forme istituzionali della partecipazione degli individui al mondo sociale (posizioni, cariche, passaggi di status), l'altra comprende i significati che le persone attribuiscono ai loro percorsi di vita e le loro definizioni della situazione (Meo, 2000, p. 7).

In quest'ottica, le esperienze e appartenenze degli individui non sono viste come insieme di ruoli statici né come ambiti nettamente distinti l'uno dall'altro, bensì come processi interdipendenti (Olagnero, Saraceno 1993).

Diventa dunque interessante, nel caso della presente analisi, far riferimento a questa prospettiva attenta agli aspetti processuali e multidimensionali dei fenomeni, nel tentativo di andare alla ricerca dei meccanismi sociali che presiedono alla dinamica evolutiva dei percorsi di vita e regolano l'impatto degli eventi sulla biografia, ma anche i modi di adattamento dei soggetti. Tali meccanismi sono stati individuati nell'interazione tra **carriera morale** e **carriera relazionale**.

Per **carriera morale** l'autrice, concordemente con l'impostazione goffmaniana, intende la carriera dello sviluppo del sé, vale a dire «l'insieme di mutamenti regolari nel sé e nell'immagine di sé di una persona, così come nel giudizio di sé degli altri» (Goffman, 1961, p. 153).

Per **carriera relazionale** s'intende invece la sequenza dei cambiamenti che investono la rete di relazioni di un individuo. Gli eventi che modellano e modificano queste due carriere hanno luogo in situazioni che sono a loro volta all'interno o all'incrocio dei percorsi attuati con riferimento ai diversi ambiti della vita: familiare, lavorativa, amicale, formativa, biologica.

Ognuno di questi legami, che si tratti di compagni di scuola, di amici o di parenti, apre una cerchia sociale, una sorta di finestra sul mondo attraverso la quale transitano risorse potenzialmente mobilitabili per affrontare le diverse sfide poste dall'esistenza. Le reti sociali rappresentano, infatti, fonti di informazione, di mediazione della fiducia, di riconoscimento dei percorsi possibili, ma anche luogo privilegiato di definizione e ridefinizione dell'identità. È nell'ambito delle relazioni che prende forma il "chi sono" di ciascuno di noi, dando vita a immagini, a volte sfocate e ambigue, relative alle aspettative di comportamento, ai margini di manovra possibili e agli ambiti di responsabilità (Abbatecola, 2002).

Non va tuttavia dimenticato che la stessa capacità di annodare legami e fornire loro un senso è fortemente influenzata dalle circostanze nelle quali ogni individuo si trova coinvolto. È quindi interessante riflettere sulla presenza e sulla natura di questi legami, sulla loro genesi così come sull'efficacia che essi hanno avuto e hanno nel fornire risorse utili per affrontare esperienze di abuso e/o di maltrattamento.

Per far fronte agli eventi gli individui possono, infatti, attivare risorse di tipo materiale, simbolico, ma anche, ed è quello che qui più interessa, relazionale. Si tratta delle risorse che gli individui acquisiscono attraverso i legami in cui sono coinvolti. Dal momento che sono radicate nei rapporti sociali vanno esaminate attraverso lo studio delle strutture di interazione in cui i soggetti sono inseriti e delle loro caratteristiche.

I contesti relazionali sono rilevanti per questa analisi da più punti di vista.

In primo luogo, perché è nelle interazioni con gli altri che si definisce il significato degli eventi così come le conseguenze che si portano dietro. In altri termini, la definizione soggettiva del vissuto dipende anche dalle definizioni che ne danno gli altri, nel modo in cui viene percepito e rappresentato dalle persone con cui l'individuo è in contatto. Come sosteneva Halbwachs già alla metà del Novecento:

siamo imprigionati in correnti di pensiero che giungono alla nostra mente dal di fuori, che sono in noi perché sono negli altri. Siamo noi, è vero, a provarli. Ma sussistono e si sviluppano, in un mondo in cui siamo di continuo in contatto con gli altri, alla sola condizione che si presentino sotto forme che permettano loro di essere compresi, se non approvati e incoraggiati, dall'ambiente cui noi apparteniamo. Attraverso le loro espressioni esteriori, o almeno attraverso le modalità di espressioni visibili, sensibili, le emozioni cadono sotto lo sguardo degli uomini che ci circondano, dei gruppi ai quali siamo legati. (Halbwachs, 1947)

In altri termini gli eventi di vita sono costituiti socialmente nelle reti di rapporti di cui gli individui sono parte (Negri, 1993).

In secondo luogo, perché è attraverso i legami sociali in cui sono coinvolti che gli individui possono acquisire e scambiare capitale sociale, per esempio nella forma di sostegno morale, materiale, di fiducia e di reciprocità, tutte risorse che possono aiutare a fronteggiare e a superare eventi e situazioni critiche. La disponibilità di tali risorse viene dunque a dipendere anche dalla configurazione che assumono i tessuti di relazione a disposizione del singolo, dalla qualità e dalla quantità dei rapporti che intrattiene con gli altri. Ciò non significa che tutti i legami o tutti i tipi di rete sociale incorporino e veicolino capitale sociale o che le risorse che passano attraverso le relazioni siano necessariamente utili. Al contrario, come sottolinea Fortunata Piselli (1999), il capitale sociale può assumere le forme più diverse, ognuna delle quali è produttiva rispetto a uno specifico scopo mentre implica costi e benefici diversi nelle diverse situazioni. Soprattutto, una forma di capitale sociale che favorisce un tipo di azione può rivelarsi un vincolo rispetto a un'altra azione; in un contesto può facilitare l'innovazione e in un altro può impedirla; può offrire risorse utili a uno scopo ma inutili o addirittura dannose per altri.

Gli eventi di vita non solo sono percepiti e affrontati da soggetti relazionalmente situati, ma possono a loro volta modificare sia le reti sociali che le relazioni personali e la disponibilità – o la capacità di attivare capitale sociale (Meo, 2000). Dinanzi a eventi critici i soggetti possono o meno attivare capacità di adattamento attivo, di *coping*, che si traducono nelle risposte cognitive e comportamentali elaborate dal-

l'individuo per fronteggiare, dominare, tollerare o ridurre le domande e i conflitti esterni e interni creati da circostanze stressanti (Folkman, 1984; Meo, 2000). Tali risposte consistono nella mobilitazione di risorse personali, sia psicologiche che materiali, al fine di fronteggiare e superare situazioni problematiche. Dal punto di vista sociologico, si può però intendere il concetto di *coping* in un'accezione più ampia come la capacità di utilizzare risorse non solo personali ma anche sociali, traducendole in benessere (Sen, 1982). Far fronte a determinati eventi può richiedere la trasformazione di legami importanti o anche dell'intera rete mentre eventi diversi innescano cambiamenti differenti, producono bisogni diversi e richiedono specifiche strategie di *coping* (Pearlin, 1985; Meo, 2000). Ne emerge la natura "specializzata" del capitale sociale (Bianco, Eve, 1999) nella misura in cui particolari risorse relazionali – come nei casi qui oggetto di studio accade per quelle familiari – sono importanti solo in certi contesti e in riferimento a specifici obiettivi mentre sono inefficaci o dannose in altri (Piselli, 1999). Del resto, come sottolinea ancora Antonella Meo, per superare situazioni problematiche gli individui adattano e utilizzano le risorse in funzione di come il contesto relazionale consente loro di mobilitarle. Non resta che chiedersi se, nell'ottica di questa indagine, abuso e maltrattamento possano essere considerati "eventi stressanti" così come vengono delineati nell'ambito della prospettiva descritta. Considerare questo aspetto rimanda alla trattazione che delle esperienze di vita rilevate è stata fatta nei precedenti capitoli. Qui preme soltanto sottolineare che, indipendentemente dalla sua gravità, l'esperienza abusiva che emerge nel quadro della ricerca ha tendenzialmente una natura più puntuale che cronicizzata, pur in presenza di situazioni gravi protrattesi per anni, e che essa può, o meno, a seconda della percezione individuale e delle risorse che in termini di rielaborazione vengono messe a disposizione del soggetto, portare a una transizione che determina un cambiamento di stato nell'ambito sia della carriera morale che di quella relazionale. Può in altre parole portare a un "collasso" del capitale sociale sia in termini di rarefazione delle reti che di perdita delle capacità individuali di utilizzarle.

Al contrario, una situazione di maltrattamento, sia esso di natura fisica che psicologica, tende a inscrivere all'interno di una specifica caratterizzazione del contesto e, dunque, di una continuità. Più che a un evento o serie di eventi, il maltrattamento sembra associarsi a uno stato e, dunque, non crea necessariamente una rottura e una transizione che richiede l'attivazione di nuove risorse, elemento questo che, più che portare a un collasso del capitale sociale, va a comprometterne le stesse possibilità di strutturazione dello stesso, tanto più se ad agire il maltrattamento è il contesto di riferimento primario, quello familiare.

### 3.1 percorsi formativi

#### 3.1.1. Il capitale culturale: quello ascritto e quello acquisito

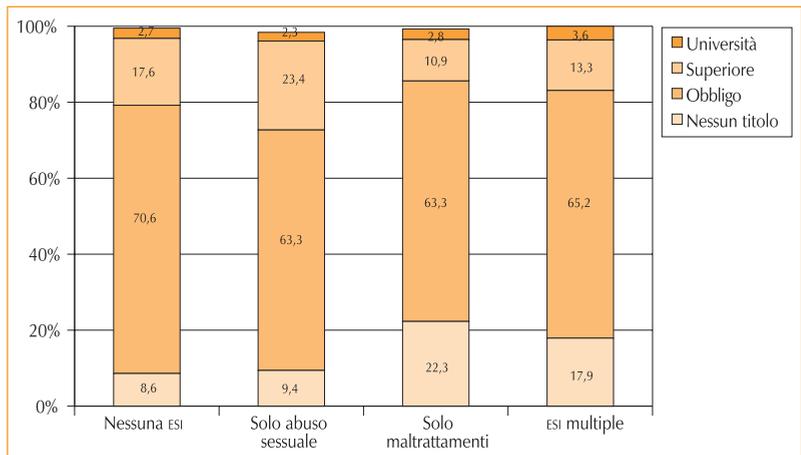
Sofferarsi sul titolo di studio posseduto risulta utile da più punti di vista. In primo luogo quest'informazione ci aiuta a comprendere quali siano le risorse culturali che le donne vittima di abuso e/o maltrattamento hanno a disposizione per interpretare e affrontare il proprio vissuto.

Se però si affronta questo tema in un'ottica di tipo intergenerazionale, leggendola alla luce dei titoli di studio posseduti dei genitori, riusciamo ad acquisire una prospettiva che ci riporta da un lato a indagare i fattori di rischio e dall'altro a evidenziare i meccanismi di riproduzione delle disuguaglianze sociali e il ruolo giocato dal capitale culturale della famiglia nell'influenzare le esperienze di vita delle donne oggetto della nostra riflessione.

Il quadro che si ricava da una lettura intergenerazionale dei dati relativi al titolo di studio posseduto dai genitori conferma, per i diversi gruppi presi in considerazione, una condizione familiare profondamente differenziata riguardo alle credenziali educative della coppia genitoriale.

A fronte di una componente importante di madri e padri in possesso di titoli di studio bassi, comune a tutti i percorsi, i contesti caratterizzati da situazioni di maltrattamento e maltrattamento/abuso (ESI multiple), presentano una quota significativa di genitori totalmente privi di istruzione: il 22,3% di donne maltrattate e il 17,9% di quelle che associano questa esperienza a quella dell'abuso sessuale hanno madri senza titolo di studio mentre i padri nella stessa condizione sono rispettivamente il 16,7 e il 9%. Più contenuta, rispetto al gruppo di controllo (nessuna ESI) così come a quello costituito dalle donne che hanno subito solo esperienze di abuso, è anche per queste due componenti la per-

Grafico 1 - Titolo di studio della madre

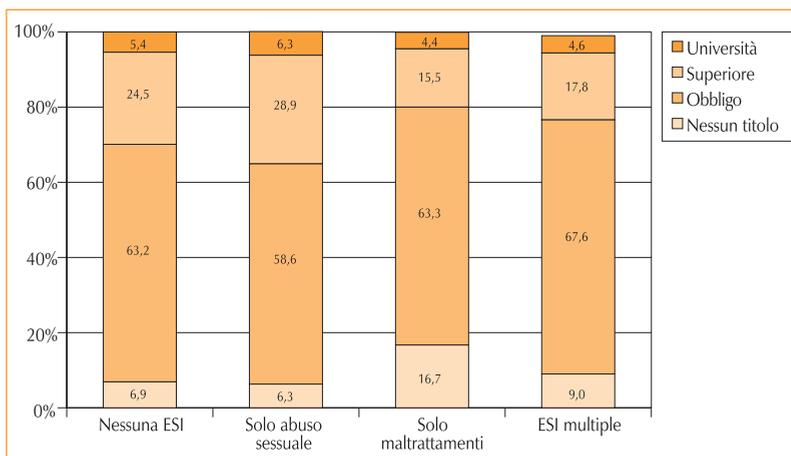


centuale di genitori in possesso del diploma di scuola media superiore, mentre la percentuale di padri e madri laureati è comunque esigua per tutti e quattro i profili.

Sembra dunque trovare un certo riscontro l'ipotesi, largamente sostenuta nell'ambito della letteratura specifica, che un basso livello culturale all'interno della famiglia aumenti la probabilità che il soggetto venga a trovarsi all'interno di un contesto deprivato in termini di risorse protettive.

Un deficit formativo inoltre può porre più frequentemente i genitori di fronte all'incapacità di adattare il proprio comportamento in relazione a quello dei figli, di interpretare le loro esigenze e di supportarne le scelte. Numerosi studi hanno rilevato come la famiglia tenda a trasmettere al suo interno un certo capitale culturale, cioè un complesso di conoscenze e di valori e un certo *ethos* di classe inteso come insieme di atteggiamenti nei riguardi della cultura; il primo influirebbe sul rendimento, il secondo soprattutto sulla durata della carriera scolastica (Bourdieu, 1978). È stato mostrato come, a uguale titolo di studio, il reddito (fortemente legato al grado di istruzione del capo-famiglia) non eserciti alcuna influenza particolare sul rendimento scolastico e come al contrario, a reddito uguale, la proporzione di bravi studenti vari in modo significativo a seconda che il padre non abbia titolo di studio o abbia un diploma di maturità. Tuttavia, più che il titolo di studio conseguito dal padre, più ancora del tipo di studi da lui compiuti, a rivelarsi in stretta relazione con il rendimento scolastico degli studenti è il livello culturale globale del gruppo familiare (Bourdieu, 1978). È sempre Bourdieu a ricordarci che «a differenza dei bambini

**Grafico 2 - Titolo di studio del padre**



delle classi popolari, che subiscono un doppio svantaggio, sotto il profilo della facilità ad assimilare la cultura e dell'incentivo ad acquisirla, i bambini delle classi medie devono alla famiglia non soltanto incoraggiamenti ed esortazioni a impegnarsi a scuola, ma un *ethos* della promozione sociale e dell'aspirazione a riuscire nella scuola e per mezzo della scuola che permette loro di compensare la espropriazione culturale con l'aspirazione intensa alla appropriazione della cultura». Per tale motivo «sebbene il rendimento scolastico, direttamente legato al capitale culturale trasmesso dall'ambiente familiare giochi un suo ruolo nelle scelte d'orientamento, sembra che il principale elemento determinante per il proseguimento degli studi sia l'atteggiamento della famiglia verso la scuola» (Bourdieu, 1978, p. 295-296; p. 298). In definitiva, sia il capitale culturale che l'*ethos* di classe concorrerebbero a definire i comportamenti e gli atteggiamenti di fronte alla scuola, che costituiscono il principio della diversa riuscita dei bambini appartenenti a differenti classi sociali.

L'incrocio tra titolo di studio posseduto dalle intervistate e dai propri genitori tende a evidenziare come, rispetto alla famiglia di origine, si è dunque spesso di fronte a percorsi di mobilità ascendente sia rispetto al titolo di studio del padre sia, in special modo, a quello posseduto dalla madre, anche se va sottolineata la presenza di un meccanismo di riproduzione delle disuguaglianze di classe che agisce con più forza nel caso delle donne vittime di maltrattamenti di quanto non avvenga per le altre. Di fronte a una condizione di partenza simile, sono, infatti, queste che in misura maggiore tendono a intraprendere percorsi formativi di più basso profilo.

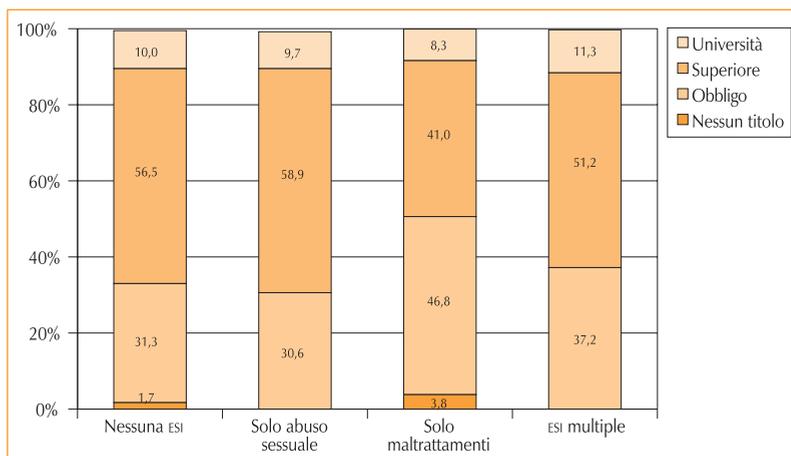
Questo aspetto emerge con una certa evidenza se andiamo ad analizzare il titolo di studio posseduto dalle donne oggetto dell'indagine.

Considerando i soli titoli di studio bassi, quelli fino alla licenza media inferiore, si delinea in modo abbastanza netto la presenza di una relazione tra debolezza del titolo posseduto ed esperienze di maltrattamento: se si sono fermate alla scuola dell'obbligo il 31,3% delle donne appartenenti al gruppo di controllo e il 30,6% di coloro che hanno subito esperienze di abuso, tale percentuale sale al 37,2% nel caso di donne che hanno denunciato esperienze di abuso associate a maltrattamento. Quando è questa l'esperienza caratterizzante il percorso di vita, la percentuale di coloro che detengono la sola licenza media o elementare sale addirittura al 46,9%, a cui va ad aggiungersi un 3,8% di donne sprovviste di qualunque titolo di studio. Non solo, se si scende più nel dettaglio si scopre che la quota delle detentrici della sola licenza media è per queste donne doppia rispetto a quella rilevata per il gruppo di controllo (22,3% contro 11,1%) e comunque superiore di oltre 8 punti percentuali rispetto a quella delle donne che oltre al maltrattamento hanno vissuto anche esperienze di abuso.

Se ci spostiamo sui titoli di studio più elevati, rileviamo invece che, a fronte di una sostanziale omogeneità rispetto alla percentuale di coloro che hanno ottenuto titoli di studio universitari, le donne che riferiscono esperienze di maltrattamento posseggono solo nel 41% dei casi un titolo di studio medio-superiore, percentuale nettamente inferiore (oltre 10 punti percentuali) a quanto rilevato per le donne che hanno alle spalle diversi percorsi di vita. La discrepanza tra il dato che caratterizza le donne vittima di maltrattamenti e quelle che a tale esperienza hanno associata anche quella dell'abuso è sicuramente imputabile al fatto che le prime appartengono in misura maggiore alla classe di età più avanzata, quella dove la percentuale di detentrici del solo obbligo scolastico arriva addirittura al 64%. Va tuttavia sottolineato che la presenza di una relazione tra titolo basso e vissuto in termini di maltrattamento sembra riconfermata dal fatto che tanto più questo assume un carattere di gravità, tanto più basso è il titolo di studio: il 52,5% delle donne che hanno riferito forme di maltrattamento gravissime posseggono la sola licenza elementare, contro il 23,5% e il 17,3% di chi ha sofferto situazioni giudicate relativamente meno gravi.

Operando uno specifico confronto tra le donne con solo maltrattamento e quelle con ESI multiple, si è portati a riflettere su un elemento legato alle coorti di appartenenza. Le prime, più anziane, tendono a con maggiore frequenza a riproporre i modelli formativi familiari, mentre le altre, più giovani, mostrano un andamento bimodale. Per una componente, pari a circa un terzo, tale modello consiste nel fermarsi a un livello d'istruzione basso, mentre per una componente minoritaria, ma pure significativa (11,3%), e comunque superiore a quella degli altri grup-

**Grafico 3 - Titolo di studio posseduto**



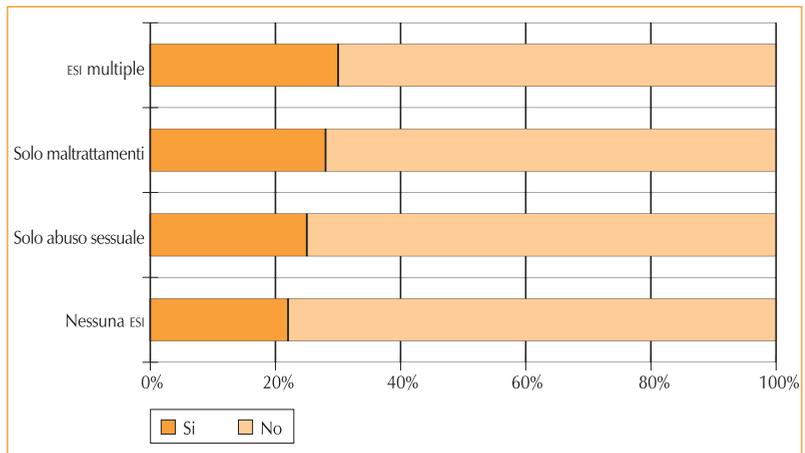
pi, prevede il raggiungimento di un livello di istruzione di tipo universitario. In quest'ultimo caso appaiono strategie di tipo reattivo che evidenziano la possibilità, pur di fronte a condizioni di partenza svantaggiate in termini di dotazione di capitale culturale, di modificare tale situazione anche attraverso lo studio e i successi raggiunti in questo ambito.

Se, dunque, l'esperienza dell'abuso sessuale non sembra in alcun modo correlata alle performance scolastiche, lo stesso non può dirsi riguardo al maltrattamento. In questo caso la relazione tra le due variabili esiste anche se non va necessariamente letta nei termini di causalità. Si fa dunque strada l'ipotesi che esperienze di maltrattamento, accompagnato o meno da abuso sessuale, possano aver in certo modo influito nel determinare una minore capacità di raggiungere elevati livelli di istruzione. Accanto a ciò va comunque sottolineato come entrambi i fenomeni (esperienze di maltrattamento e titoli di studio bassi) siano direttamente correlati alle caratteristiche del contesto familiare di provenienza e in particolar modo alla dotazione di capitale culturale dei genitori.

### 3.2. Le interruzioni del percorso

Il raggiungimento di bassi titoli di studio non necessariamente è l'esito di iniziali scelte formative poco ambiziose; in alcuni casi percorsi formativi brevi possono essere il risultato di interruzioni più o meno volontarie della carriera scolastica. È questo un elemento particolarmente interessante sul quale soffermarsi ai fini della nostra analisi, dal momento che esperienze traumatiche quali l'abuso o contesti problematici come quelli caratterizzati da maltrattamento possono aver influito in modo diretto o indiretto nell'interruzione di un percorso scolastico.

Grafico 4 - Interruzioni del percorso scolastico



In effetti, se si guarda ai dati riportati nel grafico, si delinea con una certa chiarezza la maggiore probabilità che coloro che sono state vittime di maltrattamento e/o abuso hanno avuto di porre fine alla propria carriera scolastica prima di aver raggiunto un titolo: a fronte di un 24,7% di interruzioni per il gruppo di controllo, si registra un 27,6% delle donne abusate, percentuale che sale al 30,7% per le maltrattate fino a toccare il 32,5% nel caso delle donne con ESI multiple.

Iniziare e non portare a termine un'esperienza formativa, ai fini di questa riflessione, appare interessante non solo perché evidenzia un elemento di rottura nell'ambito di una carriera (quella formativa), ma perché tale rottura, oltre a limitare la possibilità di acquisire risorse in termini di capitale culturale, non può non portarsi dietro un elemento di indebolimento sia della costruzione del sé (carriera morale) che della propria rete di sociale (carriera relazionale). In quest'ultimo caso non si tratta esclusivamente di una perdita quantitativa in termini di numero di legami, quanto nel venir meno della possibilità di differenziare il proprio bagaglio relazionale rispetto a quello proprio del contesto sociale e familiare di riferimento. Tutto ciò porta, inevitabilmente, a una diminuzione delle risorse, sia interne che esterne, attivabili ai fini del *coping*.

Fondamentale diventa, tuttavia, soffermarsi su quali siano state le ragioni alla base della scelta di lasciare la scuola.

**Tavola 1 – Motivo di interruzione scolastica**

Motivo interruzione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	ESI multiple
Ripetizione di anni scolastici a causa di abbandoni o bocciature	29,0	18,4	16,0	25,4
Indecisione su quale percorso di studi fare dopo il diploma	3,2	7,9	3,4	4,3
Necessità di andare a lavorare per contribuire al reddito familiare	19,4	26,3	19,6	10,9
Scelta di andare a lavorare per provvedere alle proprie esigenze	14,2	15,8	10,2	15,9
I miei genitori non desideravano che proseguissi negli studi	2,6		13,4	4,3
I miei genitori mi hanno spinto a scegliere un percorso di studio che non mi interessava senza lasciarmi scegliere	0,6	2,6	2,1	2,9
Altro	15,5	10,5	15,7	21,0
Problemi familiari	2,6	2,6	2,4	5,1
Gravidanza/matrimonio	6,5	7,9	6,0	6,5
<i>n.r.</i>	6,5	7,9	11,3	3,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Confrontando le motivazioni evidenziate dalle donne che hanno subito esperienze di maltrattamenti e abuso con quelle proposte dalle donne del gruppo di controllo, si osserva un andamento abbastanza simile, caratterizzato da un'elevata percentuale di interruzioni legate a insuccessi scolastici, mentre i due gruppi "solo abuso sessuale" e "solo maltrattamenti" riferiscono, con maggiore frequenza, motivazioni riconducibili a una più diretta pressione familiare che si sostanzia, nel caso delle donne abusate, prevalentemente nella necessità di contribuire al reddito familiare, nel caso delle maltrattate nell'opposizione dei genitori al proseguimento degli studi da parte delle figlie. È questo un aspetto che ci riporta alla caratterizzazione anagrafica delle donne di questo gruppo, appartenenti in prevalenza a generazioni nelle quali esisteva una grossa difficoltà a vedere le figlie come vettori di mobilità sociale da orientare, perciò, verso studi superiori. La stretta dipendenza di quest'ultimo gruppo dal contesto familiare sembra esprimersi anche nella scarsa capacità delle donne vittime di maltrattamenti a far valere istanze di autonomia: la percentuale di coloro che abbandonano gli studi per trovare un lavoro che le possa rendere economicamente indipendenti è infatti notevolmente inferiore a quanto registrato per gli altri gruppi (10,2% contro percentuali che oscillano intorno al 15% negli altri tre casi).

Al di là di quali siano state le ragioni, interrompere il percorso formativo non significa soltanto mettere dei limiti alla costruzione del proprio capitale culturale e, dunque, all'acquisizione di strumenti di emancipazione e di affermazione sociale, ma anche limitare la possibilità di costruire un tessuto di relazioni e, dunque, un capitale sociale più ampio e differenziato rispetto a quello familiare. La scuola, infatti, non è solo esperienza formativa ma è anche esperienza relazionale, è il luogo in cui il bambino prima e il ragazzo poi ha la possibilità di sperimentare possibilità e modelli di relazione di carattere elettivo che spesso si protrarranno per tutta la vita (Eisenstadt, 1956; Bidart, 1997). L'interruzione della carriera scolastica, alla quale mediamente un terzo delle donne con esperienze maltrattanti e/o abusive sono state soggette, ha anche questa non trascurabile implicazione, vale a dire quella di perdere l'occasione di costruire relazioni potenzialmente diverse (come qualità e come significato) rispetto a quelle del contesto di provenienza e che rispetto a questo hanno la capacità di mettere in contatto con altri mondi sociali, forse meno segregati e meno caratterizzati da quei fattori di rischio legati alla scarsa dotazione di strumenti culturali e di competenze sociali. In altre parole, viene loro meno la possibilità di scoprire che un altro modo di stare con gli altri è possibile.

Sul piano meramente strumentale, inoltre, limitare, attraverso l'interruzione del percorso scolastico, la possibilità di accrescere e differenziare il proprio bagaglio relazionale riduce la possibilità di dotarsi di risorse strategiche sia per la collocazione professionale (Granovetter,

1974; Bianco, 1992) sia per trovare partner che sul piano dell'appartenenza sociale si differenziano dal contesto di partenza e rappresentano, dunque, potenziali vettori di mobilità sociale (Kaufmann, 1994; Bianchi, Tonarelli, 2003)<sup>2</sup>. Da questo punto di vista, pur in assenza di informazioni relative all'eventuale partner, può essere interessante riprendere quanto ricordato in altri capitoli di questo stesso volume, e cioè che le donne che hanno alle spalle i percorsi caratterizzati da maltrattamento e abuso sono coloro che con maggiore frequenza si sono trovate esposte ad aggressioni fisiche in ambiente domestico. Si tratta di un fenomeno largamente noto e studiato dalla letteratura specifica. Porre l'accento sulla mancata differenziazione del tessuto di relazioni di queste donne e sul loro restare ancorate, a causa della debolezza dei loro percorsi formativi e professionali, al contesto sociale di appartenenza consente di spostarsi anche verso un'interpretazione in termini di processi sociali, anche se non si deve dimenticare il carattere trasversale della violenza domestica, esperienza che si riscontra in tutti i contesti socioculturali.

### 3.3. Il vissuto scolastico

La scuola, dunque, non è soltanto il luogo in cui ricostruisce il proprio capitale culturale ma è anche il luogo dove si accresce il proprio capitale sociale e si sviluppano capacità relazionali. Da questo punto di vista diventa importante verificare il modo nel quale è venuta a connotarsi l'esperienza scolastica andando a verificare la presenza di eventuali relazioni tra esperienze maltrattanti e/o abusive e il modo nel quale tale esperienza è stata vissuta dalle donne.

---

<sup>2</sup> L'analisi sociologica si è ampiamente soffermata sull'ipotesi che la scelta del partner, ben diversamente da quanto preteso della retorica dell'amore romantico, avvenga in realtà sulla spinta di influenze di tipo sociale tanto forti quanto spesso inconsapevoli, o difficilmente confessabili (Bozon, Heran, 1987). Ancora, nonostante che fatalità e destino vengano normalmente evocati, l'incontro con il futuro coniuge sembra, secondo alcuni autori, non operarsi mai in modo casuale (Girard, 1974): anche qualora il caso venga spesso esplicitamente evocato esso sembra in realtà riportare al processo sociale che tende a mettere in posizione di incontro potenziale individui appartenenti allo stesso ambiente (Segalen, 1981). Ne consegue che, secondo la posizione occupata nella società, la probabilità statistica individua i partner potenziali all'interno di una cerchia relativamente ristretta (Kaufmann, 1994). Tale ristrettezza è quindi da ricondurre da un lato al set di caratteristiche ritenute desiderabili nel coniuge, dall'altro alle concrete possibilità che si hanno di venire in contatto con colui o colei che le possiede. Normalmente una persona arriva a definire, in modo più o meno consapevole (Kaufmann 1994), il set delle caratteristiche del partner considerato accettabile a partire dalle sollecitazioni che gli provengono dal contesto relazionale che lo circonda, in primis da quello familiare, ma anche da quello amicale e lavorativo. Ciò non significa, tuttavia, che i partiti accettabili siano necessariamente i partiti possibili (e viceversa): non aver mai incontrato la persona giusta può significare, infatti, aver avuto a disposizione un tessuto di relazioni sociali inefficace, per il numero ridotto dei legami o per la segregazione degli ambiti, nel favorire l'incontro con il partner desiderabile. Ecco che allora le modalità con le quali le *relazioni ricorrenti* (Jedlowski, 2000) sono andate configurandosi nel corso della vita e si sono cristallizzate dando forma e contenuto ai network sociali degli intervistati assumono un forte potenziale esplicativo riguardo alle ragioni del celibato o del nubilito di questo gruppo di individui.

**Tavola 2 – Il vissuto scolastico**

	Nessuna ESI	ESI multiple
Mi concentravo con molta difficoltà	57,8	44,2
Mi vergognavo a parlare davanti agli altri/a partecipare alle attività di gruppo	63,2	45,3
Mi sentivo isolata rispetto ai miei compagni	84,9	64,7
Ero incapace di difendermi dalle aggressioni verbali o fisiche dei compagni	80,8	68,1
Mi capitava di litigare o di fare a botte con i miei compagni	87,9	74,0
Non avevo problemi a programmare dei compiti e attività	37,8	42,6
Mi vergognavo a partecipare alle attività sportive	81,2	72,0
Andare a scuola mi sembrava una gran perdita di tempo	86,8	77,2
Mi ribellavo alla disciplina e all'autorità degli insegnanti	86,3	72,5
Mi assentavo da scuola senza una ragione	86,3	81,0

L'elemento che si pone immediatamente in forte evidenza già da una prima lettura di questo dato è che il vissuto legato all'esperienza scolastica non è ricordato privo di elementi problematici un po' da tutte le donne. Vengono, infatti, denunciate diffusamente difficoltà di programmazione del lavoro, di concentrazione e di relazione con gli insegnanti e i compagni. Ciò che colpisce ulteriormente riguardo a questo aspetto è che i punteggi più elevati riguardo alla frequenza con la quale si verificavano le situazioni descritte corrispondono al gruppo delle donne che non hanno riferito né esperienze di abuso né di violenza: è per queste più che per le altre che la scuola ha rappresentato un ambito di vita con aspetti problematici legati alla relazione con l'altro o alla percezione del sé. Siamo dunque apparentemente in mancanza di quella associazione diretta tra situazioni di abuso e/o maltrattamento e disagio scolastico. Se relazione esiste sembra essere eventualmente di segno inverso: più pesante è stato il percorso di vita riferito e più positivamente vengono valutate le singole componenti dell'esperienza scolastica.

Limitandosi a un confronto tra le risposte del gruppo di controllo e quelle delle donne che hanno avuto esperienze sia di abuso che di maltrattamento, emerge, per queste ultime, uno spaccato di vita scolastica connotato in modo relativamente più positivo sia per quanto riguarda aspetti legati al rendimento e all'applicazione nello studio, sia per quanto riguarda le relazioni con i compagni e gli insegnanti. Questo dato, che si connota per una certa forza in termini numerici, ci porta a formulare ipotesi che nel caso delle donne vittime di ESI multiple, portatrici di un vissuto extrascolastico traumatico, la scuola possa venire a rappresentare un ambito rassicurante e contenitivo nel quale è possibile vivere modalità di relazione con l'altro positive.

D'altronde, come si è visto, le loro riuscite scolastiche sono tendenzialmente migliori delle altre donne e i loro percorsi sociali sono tendenzialmente i più dinamici in termini di mobilità di classe. Ci sa-

rebbe, dunque, da parte di queste donne un maggiore investimento nella scuola vissuta come *exit* dalla famiglia. La scuola con il suo duplice obiettivo di socializzazione formale e informale emerge dall'analisi condotta, per questo gruppo di donne, più che per le altre, come un luogo di trasmissione di modelli di apprendimento utili per l'azione sociale ma anche per il *coping*.

#### 4. L'esperienza lavorativa

Analizzare la collocazione professionale delle donne oggetto dell'indagine si colloca nella prospettiva già evidenziata precedentemente e che tende a sottolineare elementi di carattere processuale. Il lavoro svolto non diventa dunque importante di per sé ma in quanto si lega sia a una dinamica di tipo intergenerazionale, sia agli effetti che situazioni traumatiche possono aver avuto nella costruzione del percorso di vita. Percorso formativo e percorso professionale sono dunque esperienze che accrescono il capitale culturale ed economico di un individuo; che segnano il successo o l'insuccesso nella sua collocazione sociale e che, nello specifico caso, stanno a indicarci quanto l'esperienza di vita avuta possa aver influito sulla riuscita del percorso.

Prima di passare all'analisi dei dati raccolti su questo punto può essere utile riportare alcune considerazioni generali rispetto alla partecipazione delle donne al mercato del lavoro così come è venuta configurandosi nel corso degli ultimi decenni.

##### 4.1. La partecipazione delle donne al mercato del lavoro

Tre passi in avanti e due indietro: questa è stata, secondo un'espressione usata da Margareth Maruani nell'introduzione di un recente libro da lei curato, la dinamica che ha caratterizzato la partecipazione delle donne al mondo del lavoro negli ultimi anni. Nonostante la nota pessimistica contenuta in quest'immagine, la stessa autrice sottolinea che tre passi in avanti e due indietro vuol dire comunque un passo in avanti (Maruani, 1998). D'altronde, come ricorda il sociologo italiano Emilio Reyneri, «Il ritorno delle donne al lavoro extra-domestico e retribuito [...] costituisce senza dubbio il fenomeno più importante degli ultimi trenta-quarant'anni» (Reyneri, 1997, p. 91). L'aumento della partecipazione delle donne al mercato del lavoro a partire dalla fine degli anni Settanta anche in occupazioni ad alto contenuto di autonomia, di responsabilità e comunque di prestigio sociale, dove il contributo della fase formativa è cospicuo, è un fenomeno ormai largamente noto. I dati sulle forze di lavoro indicano che dalla seconda metà degli anni Settanta all'inizio degli anni Novanta gli incrementi della forza lavoro totale, che sono stati circa del 20%, si devono quasi esclusivamente all'aumento della componente femminile.

Ma perché in questi ultimi decenni, e in tutti i Paesi europei, cresce in modo così consistente la partecipazione delle donne al mondo

del lavoro? Per un lungo periodo il dibattito su questo punto si è polarizzato tra due principali posizioni: da un lato c'era la tendenza a spiegare tale fenomeno facendo ricorso al mercato come un mutamento della domanda accresciutasi in settori particolarmente favorevoli alle donne quale quella proveniente dal terziario (Aburrà, 1988); dall'altro si tendeva a riportare tale mutamento all'interno di un più generale cambiamento culturale, prima ancora che strutturale, che avrebbe portato ad affacciarsi sul mercato una leva di donne differenti dalle generazioni precedenti (Altieri, 1990). Entrambe queste interpretazioni non esauriscono il problema e, anzi, sembrano in alcuni casi sollevare altri<sup>3</sup>. Come sottolinea Patrizia David, in concomitanza con l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro si sono verificati due altri importanti mutamenti, l'uno di tipo politico-culturale, l'altro demografico, che hanno accompagnato le trasformazioni verificatesi sul versante della domanda e che hanno contribuito a modificare i modelli di riferimento della popolazione femminile, nel nostro come in molti altri Paesi europei: la carica innovativa ed emancipatoria del movimento femminista – che ha, tra l'altro, indotto cruciali cambiamenti in campo legislativo istituzionale – e le profonde modificazioni intervenute nei comportamenti riproduttivi delle donne. Entrambi questi fenomeni hanno contribuito a rendere agibili per le donne quegli spazi di scelta e di progettazione della propria vita che erano in precedenza loro negati (Luciano, 1992).

L'ingresso massiccio delle donne nel mercato del lavoro registrato negli ultimi trent'anni non ha avuto soltanto un'importanza in termini quantitativi, ma si è connotato in modo positivo anche sul piano qualitativo. Nel 1958 le donne occupate prive di titolo di studio o fornite della sola licenza elementare erano l'83,9% del totale, mentre le diplomate rappresentavano soltanto il 7,7%. A poco più di trent'anni di distanza, nel 1995, le donne occupate fornite di diploma superano ormai in proporzione i maschi (39,6% contro il 30,2%) e anche le laureate mostrano in relazione ai maschi un peso maggiore (11,5% contro il 9,4%); al contrario, le donne occupate prive di qualsiasi titolo di studio sono il 16,4% contro il 19,9% dei maschi.

---

<sup>3</sup> Appare legittima a tale proposito la domanda che si pone Maria Luisa Bianco: perché mai nell'ambito del terziario la domanda preferisce lavoratori di sesso femminile? Questa attitudine può infatti apparire come stravagante dal momento che è in parte giustificata l'idea che sicuramente le donne hanno titoli di studio più adatti, ma da molti sono ritenute meno produttive, o più costose e senza dubbio presentano tassi di assenteismo più elevati connessi all'attività riproduttiva. La spiegazione può essere ricercata nel fatto che la politica di basse retribuzioni in alcuni casi induca direttamente i datori di lavoro a scegliere le donne mentre in altri abbia il ruolo indiretto di auto-selezionare l'offerta: poiché gli uomini tendono a scartare i posti di lavoro che offrono scarse prospettive di retribuzione e di carriera, il bacino di reclutamento di molti comparti terziari finisce per limitarsi alle sole donne.

Nell'inventario delle trasformazioni dell'attività femminile tre sono gli elementi che dominano: la terziarizzazione<sup>4</sup>; la scolarizzazione, con una maggiore riuscita scolastica e universitaria<sup>5</sup>; la continuità delle traiettorie professionali. Riguardo a quest'ultimo aspetto, che caratterizza la nuova presenza delle donne sul mercato del lavoro, è particolarmente importante sottolineare come l'attività retribuita delle donne oggi non costituisca più, come in passato, un'esperienza transitoria, limitata alle fasce più giovani della popolazione femminile interrotta poi al momento del matrimonio o della nascita dei figli, ma riguardi in modo crescente donne che entrano nel lavoro in età più avanzata, spesso con alti livelli d'istruzione, e che non hanno alcuna intenzione di abbandonarlo.

Nonostante quanto fin qui detto è necessario sottolineare come quello della partecipazione delle donne al lavoro sia un quadro con molte luci, ma anche, si illustrerà adesso, con non poche ombre.

Se è indubbio che da trent'anni a questa parte il rapporto delle donne con il mercato del lavoro ha conosciuto dei veri e propri sconvolgimenti, va rilevato come questi non si caratterizzino come delle rotture nette rispetto a un modello che le vedeva relegate in posizioni subordinate rispetto agli uomini. Dei passi decisivi in avanti sono stati fatti, ma non si tratta, purtroppo, di passi definitivi: gli avanzamenti si valutano certamente in termini di libertà e di parziale autodeterminazione, ma le stagnazioni e gli arretramenti acquisiscono le vesti della subqualificazione, della sottooccupazione e della disoccupazione, alle quali le donne continuano a essere più soggette che gli uomini.

Fino a un periodo relativamente recente la scarsa qualificazione dei posti di lavoro occupati dalle donne era attribuita al minore valore del loro capitale umano misurato in termini di diploma posseduto e di esperienza. Negli ultimi trent'anni, l'offerta di lavoro femminile si è completamente trasformata riguardo a questo aspetto: tanto in termini di accesso, quanto di riuscita, le donne hanno approfittato più degli uomini della scolarizzazione di massa che ha caratterizzato questo periodo; inoltre, adottando dei profili di attività sempre più continui, le donne hanno sviluppato il loro capitale di esperienza. Ora, questa trasformazione, per certi aspetti spettacolare, dell'offerta di lavoro fem-

---

<sup>4</sup> Se infatti, fino alla prima metà degli anni Settanta la partecipazione delle donne al mercato del lavoro formale si esplicava attraverso l'impiego prevalente in agricoltura – la figura tipica di lavoratrice era infatti quella della coadiuvante agricola –, a partire dalla fine degli anni Settanta le donne trovano crescente spazio all'interno di un settore dei servizi in crescente espansione.

<sup>5</sup> Negli ultimi decenni, infatti, non soltanto si è assistito a un progressivo e massiccio ingresso delle donne all'interno dei cicli formativi secondari e universitari, ma le donne, forse più motivate degli uomini, ottengono mediamente risultati scolastici e universitari migliori dei colleghi.

minile non si è tradotta in un miglioramento altrettanto marcato del loro ruolo sul mercato del lavoro. Questo scarto è, secondo Anne Marie Daune-Richard, da legare alla segmentazione degli spazi maschili e femminili della formazione e dell'impiego. L'elevarsi dei livelli di formazione delle donne è avvenuto nel rispetto relativo del carattere sessuale delle filiere di orientamento sia scolastico che lavorativo e l'innalzarsi del tasso di attività femminile ha alimentato soprattutto, anche se non esclusivamente – basti pensare al crescente numero di donne in magistratura – quei settori d'impiego già femminilizzati. Questa segmentazione degli studi e degli impieghi secondo il sesso è gerarchica: quelli che sono femminili sono meno “interessanti” di quelli dove dominano gli uomini; essi offrono normalmente minori opportunità di carriera e salari inferiori.

La questione sembra quindi configurarsi nei seguenti termini: le donne appaiono sulla carta sempre più qualificate in termini di capitale umano, sia in termini assoluti che in relazione alla componente maschile della forza lavoro; ciò nonostante i lavori ai quali esse possono accedere sono normalmente meno qualificati rispetto a quelli degli uomini. Si possono senz'altro trovare numerose spiegazioni a questo fenomeno – vedremo in seguito, parlando di segregazione, quali sono i fattori principali che contribuiscono a spiegare tale fenomeno –, e ognuna di esse può avere, se relativizzata, e calata in ogni tipico contesto socioeconomico, la sua validità. Tuttavia è opportuno interrogarsi brevemente sul significato del termine qualificazione.

Come sottolinea Anne Marie Daune-Richard (1998), è attraverso la qualificazione che si media la relazione tra formazione e impiego: la qualificazione riconosciuta nel sistema di classificazione definisce la relazione tra qualificazione acquisita dal lavoratore o dalla lavoratrice e la qualificazione richiesta dal datore di lavoro (Jaquot, 1994). Si può quindi identificare la contrapposizione tra due differenti definizioni del concetto di qualificazione: una concezione *sostantiva* che si fa forza del tempo dedicato alla formazione, e una concezione *relativista e conflittuale* che, partendo dall'idea di Pierre Naville secondo la quale «la qualificazione è un giudizio sociale riguardo alla qualità dei lavori», assume che si abbia a che fare con un processo negoziato di categorizzazione, processo che implica un giudizio riguardo a ciò che è qualificabile attraverso il ricorso a categorie ordinate (Stroobant, 1993). Da quanto detto appare evidente che per rispondere all'interrogativo iniziale a poco serve fare riferimento alla concezione sostantiva della qualificazione dal momento che, a uguale livello di istruzione, le donne occupano dei posti che sono differenti da quelli occupati dagli uomini e si situano a livelli inferiori nella gerarchia degli impieghi. Al contrario, l'approccio relativista, dal momento che rinvia a una considerazione dei valori sociali dei lavori svolti, appare più utile per spiegare ciò che

il processo di qualificazione deve alle rappresentazioni sociali di maschile e femminile.

Quindi, secondo questa interpretazione, sebbene la qualificazione di partenza delle donne sia normalmente più elevata di quella degli uomini, a causa dei posti in cui vengono confinate – le donne trovano occupazione prevalentemente nel settore secondario o marginale del mercato del lavoro caratterizzato da scarse protezioni contrattuali, instabilità del posto, bassi salari o, comunque, anche nel mercato primario vengono confinate in mansioni con minori chance di carriera e di retribuzione – rapidamente esse si trovano meno professionalizzate. Tale processo ha un andamento curvilineo nel tempo: come ha correttamente mostrato Rosenbaum nel modello del *tournament*, a ogni successiva tornata di reclutamento o di selezione per una promozione, le donne vedono accrescere il loro divario rispetto ai colleghi maschi. In altre parole, nel caso della forza lavoro femminile, sembra verificarsi con maggiore frequenza quel processo che, secondo Piore, caratterizza gli impieghi meno qualificati, in base al quale la specializzazione di base – acquisita attraverso la formazione – tende a cancellarsi a profitto di una polifunzionalità – acquisita in seguito alle esperienze sul mercato – che consente di poter rispondere alla molteplicità delle domande e delle esigenze legate ai posti e ai datori di lavoro successivi.

Nonostante tutte le condizioni favorevoli a un egualitarismo degli status di uomini e donne sul mercato del lavoro, si perpetuano o s'inventano delle vecchie e delle nuove diseguaglianze. A seconda che si privilegino i passi in avanti, ovvero il mantenimento delle differenze, il bilancio che se ne potrà trarre sarà negativo o positivo.

Alla fine di questa valutazione sulle luci e sulle ombre che caratterizzano la femminilizzazione del mercato del lavoro, verrebbe spontaneo porsi un amaro quesito: a che prezzo l'attività delle donne si mantiene tale?

Su un piano strutturale va infatti rilevato come: in rapporto ai progressi in materia di formazione e qualificazione, riguardo alla continuità delle traiettorie professionali, lo stato del capitale umano delle donne e la loro situazione sul mercato del lavoro appaiono ancora più ingiusti, più ingiustificabili oggi che ieri. Le donne sono generalmente più istruite degli uomini, ma esse rimangono normalmente meno pagate, sempre concentrate in un piccolo numero di professioni “femminili”, più numerose tra i disoccupati e i suboccupati così come tra i nuovi lavoratori cosiddetti atipici. Su un piano culturale: negli ultimi trent'anni si è assistito a una vera e propria rivoluzione che ha toccato i comportamenti femminili rispetto alla formazione e al lavoro. Sempre più educate, impegnate nella logica della **combinazione** e non più della **scelta** tra carriera familiare e professionale, le donne degli anni Novanta sono portatrici di una visione egualitaria del “contratto tra i

sessi” (Hirdman, 1994). Lo sfasamento che esse vivono tra le loro aspirazioni e la realtà della società in generale, quella del mondo del lavoro in particolare, è certamente generatore di frustrazioni maggiori che non in passato (Daune-Richard, 1998).

Sicuramente molte donne, nel costruire gli equilibri della loro vita, si trovano a poter contare su risorse da investire nella costruzione della propria carriera in quantità inferiore rispetto agli uomini: a differenza di questi non hanno infatti, per esempio, una moglie che le sostenga, le aiuti nelle relazioni sociali e nella carriera, che si occupi di loro e dei loro famigliari (Papanek, 1973). Per molte donne, quindi, la segregazione verticale diventa il corollario accettato della “doppia presenza”: non è senz’altro un caso che in contesti professionali diversi una consistente percentuale di donne che fanno carriera siano single (Bianco, 1997).

Il fatto che la famiglia costituisca normalmente un vincolo per la realizzazione delle aspirazioni professionali e di carriera delle donne non vuol dire che essa non possa rappresentare anche un’importante risorsa. Un numero minoritario, ma crescente, di donne sceglie occupazioni che tradizionalmente sono state di dominio maschile: la libera professione, mansioni qualificate nei servizi pubblici e privati, ruoli tecnici e manageriali nell’industria. Sicuramente per queste donne (Bianco, 1997) le risorse ascritte, un reddito relativamente elevato del coniuge e un’identità giocata in modo forte sulla vita professionale consentono di perseguire modelli di comportamento in cui il lavoro è cercato soprattutto in vista dell’autorealizzazione, piuttosto che come integrazione del reddito familiare.

Se tutti quegli aspetti legati al carico familiare e che possono essere fatti rientrare nel concetto generale di “doppia presenza” (Balbo 1978) sono quelli che forniscono ancora le spiegazioni più convincenti delle ragioni per cui, pur in presenza di un ingresso massiccio e qualificato delle donne nel mondo del lavoro, permanga ancor oggi un’accentuata segregazione occupazionale, esistono altri fattori che, non in contrapposizione ma in aggiunta a questi, possono aiutare a spiegare la natura di questo fenomeno. A questo proposito uno dei suggerimenti più nuovi e stimolanti che ci viene dalla letteratura scientifica è quello che mette in relazione segregazione occupazionale e reti sociali. Sebbene forma, struttura e dimensioni delle reti maschili e femminili non siano mai state confrontate in modo sistematico, le informazioni ricavabili da ricerche che hanno preso in considerazione aspetti diversi concorrono a disegnare una situazione di svantaggio legata al genere. Numerose ricerche, a partire da quella classica condotta da Granovetter all’inizio degli anni Settanta, hanno mostrato l’importanza svolta, nelle strategie di ricerca del lavoro, dei legami cosiddetti deboli; sarebbe proprio di questo tipo di legami, che potenzialmente mettono chi cerca lavoro in contatto con il maggior numero e le migliori opportu-

nità lavorative, che i network sociali delle donne sarebbero particolarmente carenti (McPherson, Smith-Lovin, 1982). Ma c'è un aspetto, a questo legato, che appare ancor più interessante e che, in qualche modo, fa risalire la segregazione occupazionale delle donne alla segregazione relativa dei loro network sociali.

Le donne, infatti, «fino a oggi sono state tendenzialmente povere di alcune risorse sociali che invece si dimostrano fondamentali in strategie di carriera che sono tutte centrate su meccanismi di tipo cooptativo» (Bianco, 1997, p. 75). Chi riveste un ruolo di autorità, spiega ancora la Bianco, nello scegliere i propri successori o i propri collaboratori più stretti oltre agli obiettivi dell'organizzazione persegue la propria riproduzione culturale organizzativa seguendo logiche che, con un termine caduto un po' in disuso, potremmo definire "nepotistiche". Favorire la carriera di un subordinato implica anche scegliere un collaboratore di cui ci si fida e, in prospettiva, un proprio erede: in tale scelta gioca un ruolo importante l'affinità degli attori, in termini di classe, di cultura, di formazione e anche di genere. Il fatto che le donne abbiano statisticamente poche probabilità di essere dello stesso sesso di chi detiene posizioni di comando tende di per sé a escluderle dalle posizioni di comando stesso, o almeno dalla possibilità di aspirarvi. A parità di condizioni le donne, in quanto di genere diverso, sono quindi percepite come meno affini dei loro colleghi maschi e per questo meno scelte come "cavalli su cui puntare". Si capisce quindi perché data la struttura di genere dei ruoli socialmente importanti (interni ed esterni alle organizzazioni) le reti di élite non possono che essere popolate quasi esclusivamente da uomini e l'appoggio alle donne potenzialmente in carriera è reso nuovamente difficoltoso proprio dalla non affinità di genere e dall'isolamento sociale.

#### 4.2. Percorsi di vita ed esperienze di lavoro

I dati relativi alla condizione occupazionale sembrano avvalorare quanto messo in luce dai contributi teorici sopra richiamati. In particolare, il confronto tra la partecipazione al mercato del lavoro delle intervistate e delle proprie madri consente di evidenziare l'aumento consistente della partecipazione al mercato del lavoro. Se nella generazione delle più anziane prevaleva la condizione di inattività (53,6%) con una componente forte di donne che sceglievano di occuparsi della casa e della famiglia (50,7%), per le figlie la situazione si ribalta con una quota di attività pari al 62,8% contro una percentuale di casalinghe più che dimezzata e pari al 22,3%. I dati, letti sempre a livello aggregato, ci consentono inoltre di trovare conferma a quanto da sempre sottolineato riguardo alla posizione occupazionale delle donne italiane, e cioè che la loro debolezza consiste più nel non porsi sul mercato che nel vedere frustrate le proprie aspirazioni lavorative. In entrambi i casi, infatti, la quota di attive non occupate è relativamente ridotta

(5,6% per le madri e 3,7% per le figlie) e soprattutto resta costante al variare delle generazioni.

Scendendo più nello specifico dei vari gruppi si può notare che, nel caso delle più anziane, un maggiore livello di attività e di occupazione lo ritroviamo per le madri di donne che hanno subito esperienze di abuso associate o meno a maltrattamento. L'idea che un maggiore coinvolgimento di queste in attività extradomestiche e, dunque, la potenziale disponibilità di minor tempo da consacrare alla cura della famiglia e della casa possa aver maggiormente esposto le figlie a situazioni rischiose, assumendo la connotazione di fattore di rischio, può essere soltanto avanzata in via ipotetica e non è suscettibile di ulteriore verifica attraverso la lettura dei dati. D'altronde proprio le figlie di queste donne sembrano quelle maggiormente disposte a riproporre il modello materno, nella misura in cui, anche per le intervistate, è tra le donne che hanno subito esperienze di abuso che ritroviamo la percentuale nettamente prevalente sia di attive che, soprattutto, di occupate.

**Tavola 3 - Condizione occupazionale della madre**

	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	ESI multiple	Totale
Attiva	42,7	53,7	43,1	46,3	46,5
di cui occupata	37	47	37,2	42,2	40,9
Non attiva	57,3	46,3	56,9	53,7	53,6
di cui casalinga	55,1	43,3	53,8	50,7	50,7
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4 - Condizione occupazionale dell'intervistata**

	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	ESI multiple	Totale
Attiva	63,2	69,3	53,2	65,3	62,8
di cui occupata	57,5	68,5	50,1	60,2	59,1
Non attiva	36,8	30,7	37,7	34,7	35,0
di cui casalinga	22,8	15,8	31,8	18,8	22,3
<b>Totale</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Se nella generazione delle madri la distribuzione delle casalinghe era equilibrata tra i quattro gruppi, in quella delle intervistate sono quelle che hanno vissuto maltrattamenti che in misura maggiore (31,8% contro una media del 22,3%) scelgono di restare a casa. Si tratta di un dato che è naturalmente da mettere in relazione con la coorte di appartenenza, ma anche con quegli effetti di segregazione e di riproposizione dei modelli familiari evidenziati parlando dei percorsi for-

mativi. Ciò sembra avvalorato dal fatto che, se andiamo a guardare nello specifico delle professioni svolte dalle donne che risultano occupate, è proprio tra le donne che hanno subito esperienze di maltrattamento che ritroviamo la componente più consistente di lavoratrici a domicilio (69,6 su 100).

**Tavola 5 - Posizione lavorativa delle donne intervistate**

Posizione lavorativa	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	ESI multiple	Totale
<b>Lavoro dipendente</b>					
Dirigente o quadro	34,2	5,3	42,1	18,4	100
Impiegato o intermedio	30,6	8,5	42,5	18,4	100
Insegnante	30,0	4,2	44,2	21,7	100
Operaio	21,4	7,9	50,1	20,6	100
Lavoratore a domicilio	4,3	10,9	69,6	15,2	100
<b>Lavoro autonomo</b>					
Imprenditore	24,5	8,2	46,9	20,4	100
Libero professionista	42,4	2,0	37,4	18,2	100
Lavoratore in proprio	22,4	2,8	47,7	27,1	100
Coadiuvante	14,3	2,4	57,1	26,2	100
<b>Totale</b>	<b>27,3</b>	<b>6,7</b>	<b>46,0</b>	<b>20,0</b>	<b>100</b>

In generale, dall'analisi della tavola 5 è possibile evidenziare l'esistenza di una relazione tra percorso riferito e successo professionale: le donne del gruppo di controllo (nessuna ESI) risultano più saldamente ancorate a posizioni di prestigio e responsabilità come dirigenti, quadri o impiegate di livello intermedio, ma anche le libere professioniste; dall'accesso a questi profili professionali sembrano maggiormente escluse le donne che hanno vissuto esperienze di maltrattamento associato o meno ad abuso, che restano, invece confinate a professioni di più basso livello o, comunque, meno connotate da carichi di responsabilità. Si tratta di un dato, questo, che non può indurre a un'interpretazione in termini meramente casuali ma che va letto tenendo conto sia degli effetti di coorte che della diversa collocazione sociale e degli elementi di segregazione precedentemente evidenziati. Diverso il discorso per le donne che hanno subito solo esperienze di abuso sessuale: in questo caso, l'esiguità dei numeri non consente interpretazioni particolarmente fini. L'unico dato che emerge con una certa chiarezza è che, mentre non sembrano inaccessibili per queste donne posizioni alte nell'ambito del lavoro dipendente, una certa difficoltà emerge per quanto riguarda la scelta di percorsi che richiedono una maggiore capacità di autodeterminazione e di affermazione del sé come le professioni liberali.

I percorsi professionali intrapresi sembrano in buona sostanza riproporre le stesse peculiarità evidenziate analizzando i titoli di studio e cioè

una maggiore tensione da parte delle donne del gruppo di controllo verso profili di carriera elevati. In realtà, a ben guardare, e ripensando alla composizione in termini di livello d'istruzione, sembra che le donne che non hanno subito né esperienze di abuso né di maltrattamento abbiano saputo, meglio delle solo abusate, che pure avevano acquisito titoli non molto diversi, mettere a frutto i propri investimenti formativi in termini di collocazione professionale. Mentre le prime infatti sono sovrarappresentate nell'ambito dei profili più elevati (libere professioniste; dirigenti; impiegate di livello intermedio e insegnanti), le altre lo sono prevalentemente all'interno delle imprenditrici (professione questa che, visto il contesto italiano, non necessariamente corrisponde a uno status sociale elevato), tra le operaie e, soprattutto, tra le lavoratrici a domicilio. Questo meccanismo che porterebbe a una scarsa capacità di valorizzare gli sforzi formativi sembrerebbe coinvolgere anche una parte delle donne che hanno subito esperienze sia di maltrattamento che di abuso. Se sul piano del titolo di studio questo gruppo si connotava per un andamento bimodale in cui erano presenti, comunque, un numero consistente di laureate, andando a vedere gli esiti in termini di collocazione professionale vediamo una minor presenza relativa nei profili di carriera elevati mentre emerge una loro sovrarappresentazione nell'ambito delle coadiuvanti e delle lavoratrici in proprio.

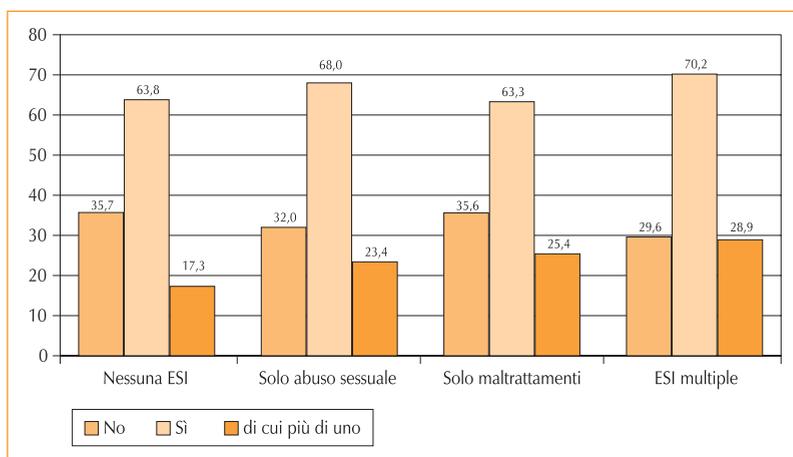
Si fa dunque strada l'ipotesi che, mentre un vissuto di maltrattamento porta sia a un affievolimento della propensione allo studio che all'affermazione professionale, l'abuso, inteso come evento, non incide sul buon rendimento scolastico (anche se andrebbe verificata la sua incidenza temporale rispetto al percorso formativo) ma va a influire sulle capacità che le donne che ne sono state protagoniste hanno di costruirsi profili di carriera solidi.

La solidità delle carriere non si misura soltanto in termini di posizione raggiunta ma anche di continuità del percorso. Non necessariamente il cambiamento di lavoro deve essere letto come un elemento di criticità; al contrario la letteratura ci insegna (Granovetter, 1974) che passare da un lavoro all'altro può rappresentare una scelta volontaria e strategica volta a raggiungere occupazioni più prestigiose e/o più remunerative. In realtà, però, la maggiore frammentarietà delle carriere lavorative delle donne abusate, così come emerge dal grafico, non sembra profilarsi, alla luce delle posizioni raggiunte, come un elemento virtuoso.

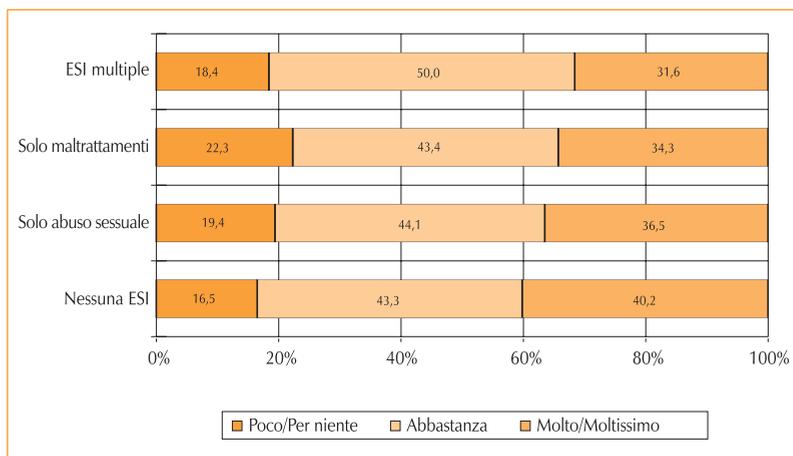
Oltre il 70,2% delle donne maltrattate e abusate e il 68% di quelle solo abusate hanno cambiato almeno un lavoro, percentuali sensibilmente superiori a quelle rilevate per gli altri due gruppi; così come superiore è la quota delle donne per le quali i cambiamenti sono stati più di uno (28,9% e 23,4%). È, dunque, soprattutto per le donne che hanno vissuto le esperienze più gravi che si è in presenza di un inserimento professionale insoddisfacente; e ciò sia perché in parte non consente di valorizzare l'in-

vestimento formativo, sia perché al basso profilo occupazionale sembra associarsi la maggiore instabilità. Va inoltre sottolineato come i cambiamenti di occupazione, soprattutto se ripetuti, determinino, tra gli altri potenziali svantaggi (che si hanno soprattutto se il cambiamento è motivato dal licenziamento), anche una rottura, che può essere avvertita in termini anche drammatici, con il contesto relazionale costruito sul luogo di lavoro, ponendo di fronte alla necessità, spesso costosa in termini emotivi, di ritessere a ogni cambiamento nuovi legami con i colleghi.

**Grafico 5 - Cambiamenti di lavoro**



**Grafico 6 - Soddisfazione per il lavoro svolto**

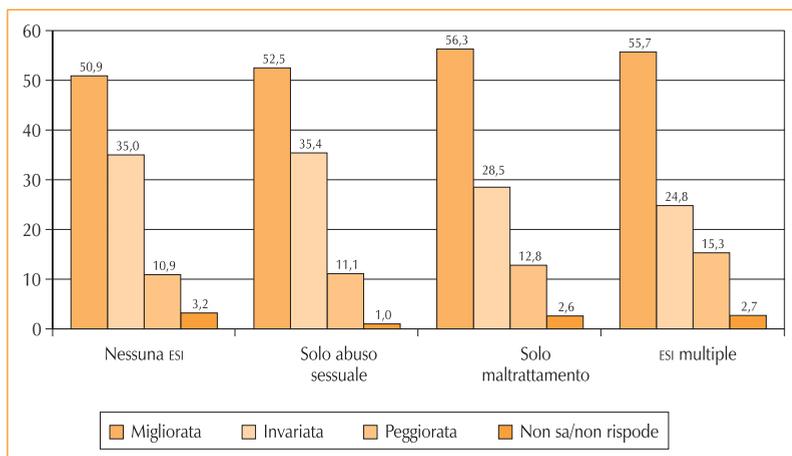


Da quanto appena detto, stupisce dunque poco il dato che evidenzia come i livelli di soddisfazione rispetto al lavoro svolto siano tendenzialmente più bassi tra le donne che hanno rivelato esperienze di abuso e maltrattamento – 31,6% si dichiara molto/moltissimo soddisfatta – di quanto non lo siano per quelle del gruppo di controllo (40,2%). Ma lo stesso dato, forse motivato con ragioni parzialmente diverse, sembra valere in parte anche per le donne con solo maltrattamento e, in misura minore anche per le abusate. A livello generale, tuttavia, sembra che l'esperienza lavorativa vada ad assumere una connotazione decisamente positiva, forse in modo superiore alle attese. Si tratta di un dato che va forse interpretato alla luce dei percorsi di mobilità intergenerazionale che gran parte di queste donne hanno intrapreso rispetto alla condizione materna.

Questa ipotesi sembra almeno in parte confermata dal fatto che, pur restando su un piano prettamente economico, il confronto tra la condizione attuale e quella propria della famiglia di origine assume in modo netto, e per tutti i profili, una connotazione decisamente positiva.

Nonostante che questo dato abbia un valore relativizzato dalla mancanza di informazioni sulla collocazione professionale degli altri membri del nucleo familiare e soprattutto dell'eventuale partner, è interessante sottolineare come oltre il 50% delle donne ritenga di aver migliorato la propria condizione. Tale percentuale è lievemente superiore nel caso delle donne che sono state vittime di maltrattamenti, con o senza abuso, rispetto a quella fatta registrare dagli altri due grup-

**Grafico 7 - Valutazione della condizione economica rispetto a quella della famiglia di origine**



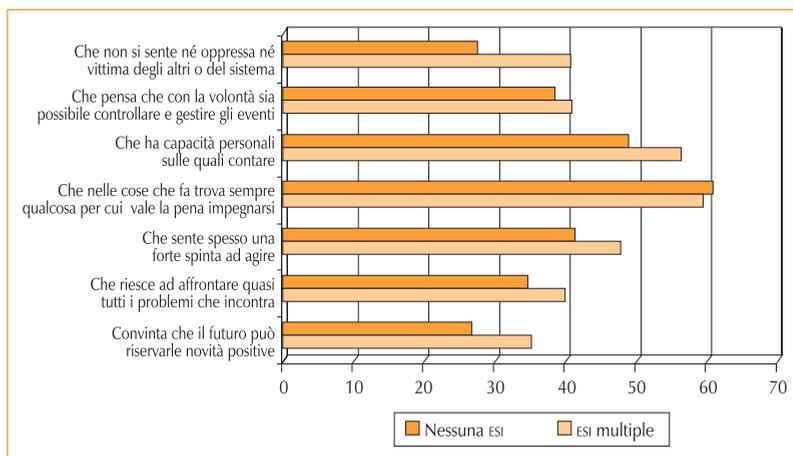
pi. Si tratta in questi ultimi casi di donne che per quanto, almeno nel caso delle appartenenti al gruppo di controllo, meglio collocate professionalmente, partivano già da posizioni sociali più elevate e che dunque hanno percepito meno i vantaggi relativi acquisiti. Ciò è confermato dal fatto che in entrambi i casi sono più elevate (intorno al 35%) le quote di coloro che reputano la propria situazione economica invariata rispetto a quella di origine.

Da questo punto di vista, non è probabilmente un caso che siano le donne con ESI multiple quelle che si sono rivelate le meno soddisfatte della propria occupazione e quelle che hanno sperimentato in misura maggiore cambiamenti in ambito professionale.

Una buona collocazione professionale associata a una positiva percezione del proprio miglioramento in termini di benessere economico e, dunque, di collocazione sociale, dovrebbe implicare lo sviluppo di una positiva percezione del sé e delle proprie capacità di affrontare il mondo sia dentro l'ambito lavorativo che all'esterno.

Ciò è quanto sembra accadere a una parte significativa delle donne appartenenti al gruppo di controllo, che per una quota che oscilla tra il 35 e il 59% tende a essere molto o moltissimo d'accordo con una serie di affermazioni proposte nell'ambito dell'intervista. Particolarmente forti emergono gli elementi di autostima legati alla capacità di trovare sempre qualcosa per cui vale la pena impegnarsi (59,1%), così come alla personale dotazione di capacità sulle quali poter fare affidamento (56%). Lievemente inferiori, ma pur sempre intorno al 40%, le percentuali di accordo riguardo ad affermazioni che non riguardano tanto la valutazione di sé quanto ciò che può venire dall'esterno (le

**Grafico 8 - Accordo (molto/moltissimo) con le seguenti affermazioni**



novità positive e negative che può riservare il futuro; il non sentirsi né oppressa né vittima degli altri o del sistema; possibilità di riuscire ad affrontare i problemi in cui si incorre). Se si confrontano questi dati con quelli rilevati per le donne che hanno avuto esperienze di ESI multiple, si nota che per queste donne, a fronte di una capacità di trovare sempre qualcosa per cui impegnarsi che tocca il 60% di accordo, vi è una tendenziale sfiducia rispetto a ciò che può venire dall'esterno (solo il 20% è convinto che il futuro potrà riservare sorprese positive mentre un 27% soltanto non si sente né vittima né oppresso dagli altri o dal sistema). La sfiducia dunque, più che in se stesse, sembra riposta nei confronti dell'esistenza stessa, nei contesti di vita nei quali ci si trova quotidianamente. È questo un dato significativo che contribuisce, insieme a quanto detto fino a ora in relazione all'esperienza scolastica e lavorativa, a tratteggiare di queste donne un profilo nel quale domina quell'elemento di transizione caratteristico di chi si trova a dover reagire a eventi stressanti. Una transizione e una continua ricerca (apparentemente insoddisfatta) che tocca come abbiamo visto la scuola, il lavoro, ma anche gli ambiti della socialità e delle relazioni in genere.

## 5. Le carriere relazionali

Tutta l'analisi svolta fin qui ha teso a sottolineare gli effetti che sia l'esperienza lavorativa, in particolare, sia quella scolastica, potevano aver avuto nell'influenzare la costruzione di un tessuto di relazioni sociali. Andiamo adesso ad analizzare più compiutamente questo aspetto, soffermandoci sulle domande fornite ad alcune risposte specifiche contenute nel questionario.

Aiuto richiesto e aiuto che arriva in modo spontaneo non hanno le stesse implicazioni sull'autostima dell'individuo: per quanto l'aiuto ricevuto possa essere nominalmente lo stesso variano fortemente i livelli di soddisfazione percepita. Chiedere aiuto agli altri implica la necessità, non sempre pacifica, di verbalizzare la propria richiesta o, comunque il proprio stato di necessità, con costi psicologici in termini di imbarazzo, vulnerabilità, debolezza e timore rispetto al fatto che la propria richiesta venga disattesa. Al contrario l'aiuto che arriva in modo spontaneo non solo risparmia la necessità di esplicitare la propria richiesta ma serve a riconfermare il soggetto riguardo alla solidità del proprio tessuto di relazioni. La possibilità di ricevere aiuto dipende ovviamente anche dal tipo di bisogno espresso: esistono eventi stressanti visibili e riconoscibili dai potenziali portatori di aiuto, che hanno una connotazione sociale neutra o positiva o che comunque non sono soggetti a stigmatizzazione. In questo caso i singoli soggetti della rete, o la rete nel suo complesso interviene fornendo aiuto non sollecitato già nelle fasi iniziali del processo di *coping* dell'individuo.

Lo status sociale e l'appartenenza a determinati gruppi influenzano anche la possibilità di essere sostenuti da legami meno stretti. I soggetti che prendono parte a più cerchie sociali hanno una vita pubblica più intensa e quindi tendono ad avere un maggior numero di relazioni al di fuori dell'ambito familiare.

Come discusso in precedenza, una debolezza della rete di relazione può essere stata un fattore di rischio rispetto all'esperienza dell'abuso e del maltrattamento, ma, come ci ricorda l'ampia letteratura attenta agli effetti percettivi del supporto sociale, il sostegno viene concettualizzato come la percezione generalizzata che esistano persone disposte a fornirci assistenza indipendentemente dalla natura della specifica situazione con cui ci confrontiamo (Pierce, Sarason e Sarason, 1990). Secondo questi autori la percezione del sostegno è influenzata prevalentemente dalla concezione che il soggetto ha di sé e degli altri significativi; la concezione di sé modella le aspettative che si nutrono nei confronti degli altri. Le persone che hanno una buona considerazione di sé confidano che gli altri ambiscano ad averli come partner relazionali (Meo, 1999).

Famiglia e parentela sono da alcuni autori esaminate come contesti specifici di interazione, come reti sociali intessute di scambi, negoziazioni e conflitti in cui transitano risorse di sostegno materiali e simboliche. I sentimenti di responsabilità nei confronti di familiari non discendono da regole morali prestabilite, ma si sviluppano nel tempo attraverso l'interazione ripetuta fra le persone coinvolte e sono l'esito di processi di negoziazione individuale in cui i soggetti forniscono e ricevono aiuto facendo attenzione a rispettare il principio di reciprocità. Da questo punto di vista esperienza di abuso e ancor più di maltrattamento possono aver inciso in modo determinante nel definire, così come nel connotare, tali processi.

### 5.1. Le relazioni di aiuto

«Gli amici rappresentano una fonte di aiuto non sufficientemente utilizzato dalla famiglia problematica particolarmente per ciò che riguarda i bambini, gli adolescenti e i giovani abusati maltrattati» (Yager, 1999, p. 21). Questa affermazione della Yager sembra trovare un'ampia conferma a partire dai risultati emersi nel corso dell'indagine. Il 64,5% delle donne intervistate ha risposto affermativamente alla domanda se potesse o meno contare sull'aiuto di amici o amiche in caso di bisogno. Si tratta di un dato che va ancora oltre a quanto emerso dall'Indagine multiscopo condotta dall'ISTAT nel 2001 dove la percentuale corrispondente era pari al 57,6% dei casi, ma che, comunque, sta a indicare l'importanza che nella società contemporanea i legami deboli svolgono anche ai fini del supporto sociale, e comunque l'importanza centrale che le relazioni amicali vengono a svolgere nella nostra contemporaneità. Non solo gli amici sono considerati come una

potenziale fonte di supporto, ma è a essi che il 17,4% (la percentuale in assoluto più elevata) delle donne che hanno subito una qualche forma di maltrattamento ha rivelato la propria esperienza. Si tratta di un dato tanto più significativo in quanto tali donne si sono trovate quasi sempre nell'impossibilità di rendere partecipi del proprio disagio le figure familiari (solo il 5,5% si è rivolto alla madre e addirittura lo 0,9% al padre), spesso autori delle violenze fisiche o psicologiche. Nonostante una quota significativa (31,4%) di donne che sono state vittime di abuso si sia rivolta alla propria madre, anche in questo caso sono stati in buona misura (24,1%) gli amici i principali confidenti con i quali le intervistate parlarono degli episodi subiti.

A parte questa situazione specifica, il numero di coloro che ritengono di poter far riferimento a qualche figura parentale estranea alla famiglia nucleare è consistente (49,2%), e, comunque, anche in questo caso lievemente superiore al dato ISTAT. Se, tuttavia, riguardo alla presenza di relazioni amicali di supporto non si evidenziavano differenze significative tra i quattro gruppi considerati, nel rivolgersi ai parenti emergono discordanze consistenti: le più propense ad attivare questo canale (57,3%) sono le donne del gruppo di controllo, che si distanziano di oltre 15 punti percentuali da coloro che hanno avuto un'esperienza di abuso o di abuso e maltrattamenti (rispettivamente 39,7 e 40,6%).

**Tavola 6 - Reti di supporto**

Si rivolge a:	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo maltrattamenti	ESI multiple	Totale
Altri parenti	57,3	39,7	49,1	40,6	
Amici/amiche	67,5	65,8	62,2	66,2	
Collegli di lavoro	9,8	12,0	7,9	12,5	
Vicini di casa	7,2	9,6	7,5	7,9	
No, nessuno	3,3	8,5	9,1	9,5	
<b>Altro</b>	<b>1,5</b>	<b>5,0</b>	<b>2,8</b>	<b>6,8</b>	

L'andamento del dato relativo alle donne che hanno subito maltrattamenti sembra avere un andamento a sé: diverso sia dal gruppo di controllo, rispetto al quale si connota per una minore fiducia sia nei parenti che negli amici e per un maggiore isolamento (9,1% non avrebbe nessuno a cui rivolgersi), sia da quelli delle donne abusate rispetto alle quali sembra mostrare una maggiore propensione a rivolgersi a figure parentali. Va tuttavia ricordato che queste donne sono mediamente più anziane delle altre e appartengono tendenzialmente a classi sociali inferiori. Ciò può averle portate a sviluppare un modello di socialità meno centrato di quanto non sia stato per le altre sulle re-

lazioni amicali. Come è emerso da alcune ricerche svolte su questo tema (Giovannini *et al.*, 2001; Bidart 1997) esiste un processo di costruzione sociale dell'amicizia che interessa selettivamente alcune parti della popolazione; così come caratterizza diversamente determinati periodi storici. Il loro comportamento può dunque essere indicativo sia della permanenza di modelli relazionali del passato che privilegiavano le relazioni tra parenti coetanei piuttosto che quelle tra amici (l'usanza di frequentarsi tra fratelli e cugini era tipica); sia la collocazione sociale che porta le classi meno privilegiate a segregare più frequentemente la socialità al solo ambito della parentela.

Ciò che emerge con chiara evidenza è, invece, la tendenza delle donne che hanno subito atti di abuso a marcare un allontanamento rispetto alla propria famiglia di origine: solo il 40% delle appartenenti a questo gruppo, contro oltre il 57% del gruppo di controllo, in caso di bisogno affermano che farebbero ricorso a familiari.

Come ricorda Antonella Meo, gli eventi spiazzanti portano a un collasso del capitale sociale. Dal nostro punto di vista, l'esperienza dell'abuso, ancora più se associata a maltrattamenti, mette in discussione non tanto l'identità costruita ma lo stesso processo di costruzione dell'identità. Inoltre, essa si porta dietro una sorta di fragilizzazione del capitale sociale. Il nucleo fondamentale della rete di relazioni, quello parentale, viene percepito come inefficace in termini di *coping* perché è lì che si crea la situazione e questo sembra portare più che a un collasso a una smagliatura della rete: una rete fluttuante senza più centro o che si cerca costantemente di accrescere, come dimostrano gli alti livelli di partecipazione a esperienze di associazionismo, senza mai riuscire a esserne soddisfatti.

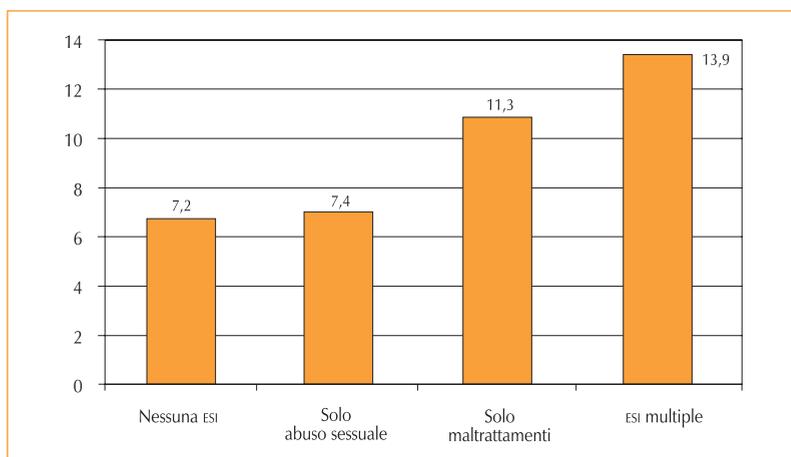
Nel determinare questa cesura rispetto alla rete parentale, percepita come poco protettiva, oltre all'esperienza specifica vissuta, può aver svolto un ruolo non secondario anche la stessa modalità di relazionarsi con i familiari veicolata dal contesto di appartenenza.

Si tratta di un dato di grande interesse emerso nel corso dell'indagine e sul quale vale la pena soffermarsi a riflettere grazie all'ausilio di alcuni grafici.

Molte delle donne con varie esperienze di maltrattamento, con o senza abuso, come descritto nel capitolo «Il contesto della ricerca e i principali risultati» di questo stesso volume, riferiscono di un clima familiare improntato all'isolamento del nucleo familiare rispetto alla parentela.

I giudizi di accordo rispetto a questa affermazione fanno emergere una differenza di oltre 6 punti percentuali che separa le donne maltrattate e abusate da quelle del gruppo di controllo: in termini assoluti, è sicuramente consistente, all'interno di un contesto nazionale dove domina la retorica del familismo, una percentuale di nuclei pari al 13,9% che non intratteneva relazioni con i propri parenti.

Grafico 9 - Non frequentavamo con continuità gli altri parenti



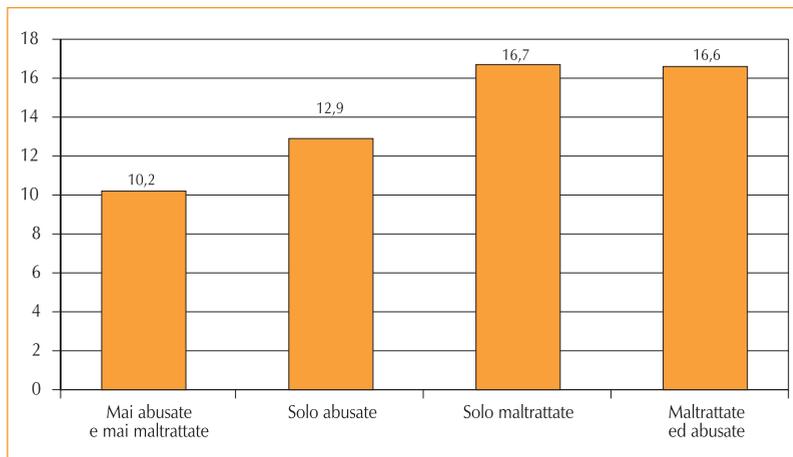
Il quadro si definisce in modo ancora più chiaro quando andiamo a verificare che lo scarto tra le donne abusate e maltrattate e gli altri gruppi diventa ancora maggiore se si considera il livello di accordo espresso circa la presenza di rapporti conflittuali con i parenti. Ben il 15,5% delle donne di questo gruppo si dichiara molto/moltissimo d'accordo rispetto al fatto che la propria famiglia tendesse ad avere rotture e rapporti ostili con gli altri parenti, contro l'1,3% del gruppo di controllo.

La percezione di un clima familiare teso e di relazioni familiari conflittuali, se da un lato rappresenta un indicatore diretto della presenza di fattore di rischio, dall'altro va sicuramente a incidere sulle modalità di guardare all'altro e, dunque, sulla connotazione che viene ad assumere la sfera della socialità. Ciò non si ripercuote solo sull'incapacità/impossibilità di assumere quelle parentali come risorse utili per il *co-ping*, ma più in generale può compromettere la stessa facoltà di creare relazioni con gli altri.

Tale situazione che caratterizza il contesto familiare di origine delle donne vittime di maltrattamenti si specifica ulteriormente, aggravandosi, nel momento in cui si rileva che la chiusura operata nei confronti della parentela viene riproposta allargandosi a tutte le persone esterne al nucleo familiare.

Emerge così che oltre il 16% delle donne maltrattate sono d'accordo nel dipingere la propria famiglia come caratterizzata da questo clima di segregazione, una percentuale che è nettamente superiore a quanto percepito dalle appartenenti agli altri due gruppi e, soprattutto, da coloro che non hanno riferito alcuna esperienza traumatica.

**Grafico 10 - La mia famiglia non frequentava persone esterne al nucleo familiare e preferiva fare le cose da sola**



Questo dato non fa che confermare quanto detto sopra circa l'incapacità del contesto di appartenenza di alcune donne di consentire la creazione di competenze relazionali volte ad attuare in modo armonico quel processo iscrizione nella società attraverso la progressiva differenziazione delle cerchie sociali che secondo Simmel (1909) sta alla base stessa dell'identità. Quanto tale isolamento possa essere stato fonte di sofferenza e di frustrazione lo si evince dall'accordo (molto/moltissimo) che ben il 22% delle donne maltrattate e abusate ha espresso circa l'affermazione che i momenti più felici siano stati passati in compagnia di altre persone, sottinteso, esterne alla famiglia. Per quanto le percentuali siano elevate per tutti i gruppi, nessuna raggiunge più del 16,8%, quella che, per altro, è riferita alle donne vittima di abuso.

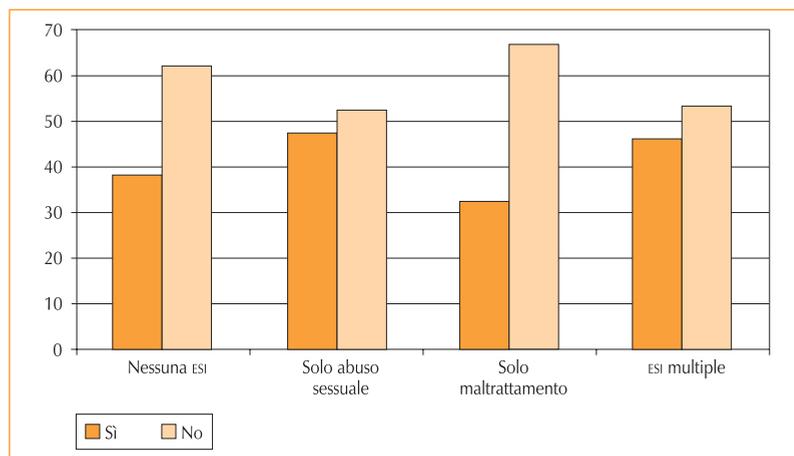
## 5.2. Profili di sintesi

È proprio sulla dinamica di similitudine/differmità che lega questi due gruppi riguardo alla modalità di rappresentare(arsi) le proprie relazioni familiari che vale la pena soffermarsi. Per le donne ricomprese nei gruppi "solo maltrattamento" ed "ESI multiple", la trama delle relazioni familiari sembra connotarsi più come una gabbia che come una rete di supporto: l'influenza che l'esperienza subita può aver avuto nel definire questa immagine è inevitabile. Per molte tra loro, la famiglia non rappresenta un luogo sicuro e aperto allo scambio, ma un contesto pericoloso e chiuso su se stesso. Tale percezione è più evidente nelle donne maltrattate e abusate, forse perché l'evento traumatico dell'abuso può aver contribuito a definire una rottura rispetto alla continui-

tà del contesto maltrattante o forse, più semplicemente, perché più giovani delle altre e più di queste dotate di risorse culturali. Ma la differenza non si ferma ai soli aspetti percettivi. Le donne solo maltrattate, probabilmente in virtù della loro caratterizzazione socioanagrafica, tendono in misura maggiore a riprodurre il modello ereditato, forse non condividendolo, ma sicuramente adattandovisi, e, se lo fanno, forse è anche a causa degli effetti viziosi che i maltrattamenti possono avere rispetto alla possibilità di intraprendere una carriera relazionale capace di portare risorse utili per una strategia di *exit*. Da questo punto di vista, nemmeno la gran parte delle donne esposte a ESI multiple è capace, come abbiamo visto, di intraprendere percorsi di uscita, per esempio in termini di promozione sociale (e dunque riuscita), ma, se vogliamo rimanere all'interno della triade hirschmaniana (Hirschmann, 1970), molte di loro sono almeno capaci di esprimere *voice*. Questa forma di protesta non necessariamente passa attraverso la rielaborazione del proprio vissuto, ma sicuramente definisce, rispetto a questo, una reazione che passa attraverso, per esempio, il rifiuto di venire a qualunque titolo coinvolte di nuovo nel contesto relazionale nel quale hanno vissuto. Se nel caso delle maltrattate è piuttosto l'idea di rassegnazione a denotarle, per comprendere i percorsi delle donne maltrattate e abusate centrale diventa il concetto di insofferenza (nella suggestione etimologica del termine che rimanda sia alla sofferenza sia alla ricerca di un luogo dove essa possa aver fine).

È l'insofferenza che le porta a interrompere gli studi; a cambiare lavoro; a prefigurare una rete di supporto più differenziata (sono loro che in caso di bisogno si rivolgono in misura maggiore ai colleghi di lavoro).

**Grafico 11 - Frequentazione di organizzazioni o associazioni**



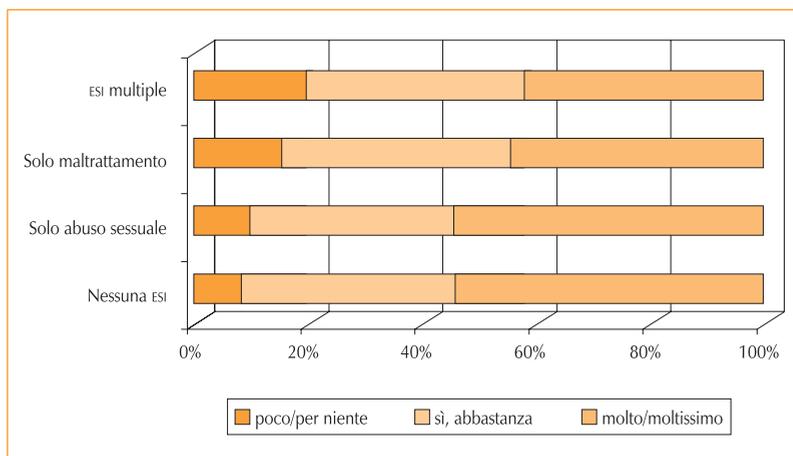
ro, ma anche ai vicini oltre che ad altri non meglio identificati); a investire nell'associazionismo e nella partecipazione collettiva come fa quasi la metà delle appartenenti a questo gruppo.

Riguardo a questo, come a tutti gli altri ambiti sopra richiamati, il comportamento delle donne che hanno subito maltrattamenti e abuso si avvicina a quello delle donne solo abusate: dunque, come non pensare che alla sua base ci sia proprio la comune esperienza di trauma.

La ricerca di relazioni "altre" rispetto a quelle familiari sembra tuttavia configurarsi come un'aporia, e cioè come un problema le cui possibilità di soluzione risultano annullate in partenza dalla sua stessa natura. Ne è un emblematico esempio il modo in cui, pur riferendosi a esse massicciamente in caso di bisogno, le donne di questo gruppo valutano le proprie relazioni di amicizia.

Nonostante che quella amicale sia una componente del network ritenuta generalmente importante nel veicolare aiuto, il livello di soddisfazione espressa rispetto a essa, per quanto tendenzialmente positiva, pone ulteriormente l'accento sulle diversità esistenti tra donne appartenenti al gruppo di controllo e donne che hanno avuto esperienze di maltrattamento accompagnate o meno ad abuso. Se tuttavia, nelle solo maltrattate, l'insoddisfazione può essere legata a quegli aspetti di minore centralità della sfera amicale sopra richiamati, nel caso delle donne che oltre a maltrattamenti hanno subito anche l'abuso la valutazione in parte negativa può forse essere ricondotta al forte investimento emotivo che queste donne in cerca di modelli relazionali altri rispetto a quello familiare operano nei confronti degli amici, e dunque a una domanda che rischia di restare largamente insoddisfatta.

**Grafico 12 - Soddisfazione rispetto alle proprie amicizie**



La minore centralità delle reti parentali lascia dei vuoti significativi nelle reti di sostegno delle donne che hanno avuto esperienze di abuso con o senza concomitanti episodi di maltrattamento – il 9,5% delle donne abusate e maltrattate rivela di non aver nessuno a cui rivolgersi, percentuale che decresce di poco nel caso degli altri due gruppi. In generale per tutte e tre le tipologie sembrano corrispondere reti di supporto più disperse e le donne vanno a ricercare altrove quel sostegno che non trovano nella rete parentale.

## Considerazioni conclusive\*

*1. Riflessioni critiche sui dati; 2. Quali indicazioni per le politiche?; 3. Quali strategie e proposte di intervento sono state formulate dalle donne intervistate?*

### 1. Riflessioni critiche sui dati

Le ricerche che hanno valutato la prevalenza dei fenomeni di maltrattamento e abuso sessuale, come si è visto, sono soggette a problemi di comparabilità determinati da differenze nelle metodologie e nei criteri di rilevazione, che rendono conto della maggior parte della variabilità nelle percentuali di prevalenza. Si tratta di limiti con i quali si scontra anche la ricerca del Centro nazionale, i cui risultati meritano peraltro successivi approfondimenti data la vastità dei temi che si è voluto affrontare, certamente di grande utilità per qualificare meglio le informazioni raccolte, ma che hanno costretto a sacrificare una raccolta più dettagliata di informazioni sui singoli atti di abuso sessuale e di maltrattamento allo scopo di mantenere un equilibrio tra le varie parti tematiche dell'intervista. Inoltre, la volontà di restare nell'area della ricerca sociologica ha implicato la rinuncia all'utilizzo di strumenti diagnostici che avrebbero spostato l'asse dell'indagine verso un'area più propriamente clinica, ritenuta non congruente e coerente con le finalità generali della ricerca e, più in generale, con le attività e il ruolo del Centro nazionale.

I dati ottenuti non riflettono sempre ciò che l'esperienza clinica è andata acclarando negli ultimi anni. Alcuni scostamenti rispetto ai modelli teorici di riferimenti sono da considerarsi l'esito interessante della scelta di indagare non su gruppi "selezionati" di pazienti, ma su un campione di popolazione normale, nella quale le componenti "positive" hanno reagito alla propria esposizione a varie forme di maltrattamento o abusi anche attraverso l'attivazione di capacità e risorse di resilienza.

La ricerca dimostra che, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, nel nostro Paese il fenomeno delle ESI appare in linea con quanto insegna la letteratura internazionale. Sebbene i valori delle stime della prevalenza siano elevati, la quota di abusi sessuali e di maltrattamenti gravi non costituisce un target proibitivo per una politica sostenibile degli interventi, di protezione e soprattutto di cura. Il gruppo di popolazione ad alto rischio di esiti post-traumatici come effetto

---

\* Donata Bianchi, sociologa, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

di ESI gravi costituisce infatti circa il 7% della popolazione femminile italiana. Come scrive Malacrea, si tratta di numeri ragionevoli e proporzionati a uno sviluppo di servizi ad alta specializzazione, come devono essere quelli per il trattamento delle patologie post-traumatiche importanti. Si tratta, infatti, di soggetti che stanno davvero peggio dei soggetti di controllo su molti fronti: intervenire sui funzionamenti post-traumatici che sono spesso all'origine del malessere potrebbe risolvere o ridurre molti tipi di patologie correlate, a indubbio vantaggio della spesa sociosanitaria.

Un'utile conferma di questo orientamento potrebbe provenire dall'indagine su gruppi patologici a completamento della ricerca sulla popolazione normale. L'asse del trattamento, per le vittime e, ove possibile, gli autori, è quello sul quale, sino a oggi, è stato più difficile far convergere risorse professionali ed economiche. Rispetto alle vittime, si ricordi che i dati confortavano nell'indicare che più l'abuso è stato grave, più i soggetti sentono come positivo l'aver potuto ricordare. Il ricordo e la messa in parola degli eventi e delle emozioni è infatti parte del processo di elaborazione e significazione della esperienza di vittimizzazione, un percorso frequentemente doloroso, ma finalizzato a una riparazione del trauma subito.

## 2. Quali indicazioni per le politiche?

Le considerazioni sul terreno familiare, come capace di favorire l'insorgere di ESI e di aggravarne le conseguenze, incoraggia l'adozione del "modello ecologico" nella prefigurazione e gestione degli interventi poiché valorizza la dimensione preventiva rispetto alla trasmissione intergenerazionale di comportamenti pregiudizievoli per il normale sviluppo psicofisico di un bambino.

La famiglia rimane il luogo nel quale sorgono le più complesse forme di maltrattamento infantile, quelle in grado di esacerbare la sofferenza "normale" degli individui, spingendola oltre quelle soglie in qualche modo naturali o "inevitabili" che sono esito del processo di crescita e derivano da eventi dolorosi che è fatale incontrare sul proprio cammino di vita (rottura di rapporti affettivi, perdita di persone care, ecc.).

I dati sui profili di maggiore gravità orientano a considerare le condizioni di maltrattamenti particolarmente collegate a un profilo sociologico più disagiato. È quindi essenziale porre attenzione alle condizioni sociali della famiglie come possibili indicatori di rischio e parametri di riferimento per la progettazione di interventi mirati di prevenzione primaria e secondaria.

Ma è importante anche non essere condizionati dal pregiudizio che il benessere socioeconomico di una famiglia equivalga a benessere emotivo e sicurezza dei bambini ivi presenti. Allora, come si domanda Malacrea, quali strumenti privilegiare per individuare precocemente

tali condizioni, se gli indicatori osservabili e oggettivabili ci permettono solo di lambire il problema?

L'ascolto dei bambini e una consapevole osservazione di come vivono le relazioni con il mondo degli adulti e dei pari rappresentano gli strumenti preziosi a disposizione di chi non voglia sottrarsi al compito di essere "antenna sensibile" e promotore di cambiamento sociale e culturale a favore di un maggior rispetto dei bambini e delle bambine come persone e come soggetti di diritto.

La correlazione tra vittimizzazione in età minore e nuove violenze in età adulta testimonia l'importanza della rilevazione e del sostegno nella prospettiva di preservare le vittime dall'esposizione a nuove e ulteriori forme di sopraffazione e aggressione fisica, psicologica e sessuale.

Laddove fallisca la possibilità di un intervento precoce o addirittura preventivo, la possibilità di accedere a servizi specializzati o a professionisti adeguatamente formati che offrano percorsi di rielaborazione del trauma diventa una risorsa non solo per i bambini vittime di oggi, ma anche per le future generazioni poiché, come si è visto, gli esiti del trauma possono essere tali da compromettere le capacità genitoriali in età adulta.

I dati confermano che non è tempo perso investire nella qualità della cultura dell'infanzia. Permane, infatti, uno zoccolo duro di atteggiamenti carenzati e trascuranti che non è ascrivibile solo alle disagiate condizioni sociali delle famiglie, ma affonda le proprie radici anche nella persistenza di rappresentazioni sociali dell'infanzia che raffigurano il bambino come un "essere da raddrizzare", "un adulto imperfetto". È la "pedagogia nera" di cui ci parla Alice Miller in *L'infanzia rimossa*<sup>1</sup>, riferendosi a pratiche educative che creano malessere esistenziale e ferite psichiche profonde, con un impatto transgenerazionale poiché i loro esiti hanno talvolta natura coattiva, cioè portano i bambini diventati adulti a replicare anche con i propri figli le vessazioni subite:

Genitori che non abbiano mai avuto amore, che nel venire al mondo non abbiano trovato altro ad accoglierli che freddezza, insensibilità, indifferenza e cecità, e che siano vissuti in quest'atmosfera nel corso dell'infanzia e della giovinezza non possono donare amore: e come potrebbero, del resto, visto che non sanno che cosa è e che cosa può significare l'amore? Eppure i loro figli sopravviveranno. E a loro volta, esattamente come i loro genitori, non ricorderanno affatto i traumi ai quali sono stati esposti in passato, perché sia questi traumi, sia i relativi bisogni sono stati da loro rimossi, vale a dire completamente banditi dal livello di coscienza. Se un essere umano nasce in un mondo freddo e indifferente, lo considera come l'u-

<sup>1</sup> Miller, A., *L'infanzia rimossa: dal bambino maltrattato all'adulto distruttivo nel silenzio della società*, [Milano], Garzanti, 1990.

nico mondo possibile. Tutto quello che in seguito crederà, sosterrà, riterrà giusto, sarà basato su queste prime esperienze formative. Oggi si può anche dimostrare che questo prezzo è non solo troppo alto per il singolo individuo, ma implica anche un gravissimo pericolo per la collettività.

Progetti a sostegno della genitorialità, iniziative di educazione familiare, creazione di spazi-gioco e di occasioni che favoriscano la comunicazione e la socializzazione tra genitori e figli, interventi di sostegno alle madri alle prese con il primo figlio per accompagnarle nei primi mesi di crescita del bambino, quando, anche nelle situazioni più fortunate, può essere tanta la solitudine e la preoccupazione per fatti banali che però, non trovando risposta, si ingigantiscono e diventano gravi fonti di angoscia che alterano il rapporto madre-bambino. Questi sono alcuni degli ingredienti di base per strategie di promozione del benessere di bambini e bambine nell'ottica di una prevenzione primaria degli abusi e dei maltrattamenti. Le attività per genitori dovrebbero essere un'occasione per confrontarsi e imparare sia pratiche di accudimento e approcci educativi più adeguati all'età del bambino e al suo grado di sviluppo psicofisico, sia strategie per gestire e ridurre l'ansia, la rabbia e la frustrazione.

Nell'ottica di una strategia primaria, la figura paterna deve iniziare a rimanere meno marginale nei progetti sulla genitorialità e sul rafforzamento delle funzioni di accudimento. Tanto più gli uomini resteranno estranei alla cura quotidiana dei figli, tanto maggiore saranno il loro senso di estraneità e la deresponsabilizzazione, atteggiamenti collusivi con il permanere di comportamenti violenti e trascuranti. Inoltre, la ricomparsa dei padri sulla scena familiare potrà aiutare anche a orientare meglio gli interventi nei casi di maltrattamento e di violenza domestica: quante volte infatti è solo la madre il genitore coinvolto negli interventi dei servizi mentre resta marginale il partner e padre violento? Quante volte, nei casi di separazione a seguito di una storia di violenza domestica subita dalla madre, tale esperienza viene liquidata sbrigativamente dai periti o dai giudici come qualcosa che interessa solo il rapporto di coppia senza soffermarsi a pensare quanto i bambini sono stati coinvolti e danneggiati in quanto testimoni diretti o indiretti della violenza subita dalla madre? Quante volte hanno assistito alle botte e alle minacce, quante volte sono intervenuti per allontanare il padre dalla mamma o per aiutare quest'ultima a medicarsi le ferite riportate? I dati raccolti ci danno un'indicazione della diffusione della violenza assistita e il bisogno di rendere effettive le misure di sicurezza previste dalle norme.

Appare necessaria una programmazione a tutto campo, che investa sulla prevenzione e sull'individuazione precoce delle ESI, specie gravi, e che tenga anche conto di quanta parte della popolazione adulta possa essere portatrice di queste esperienze negative, sviluppando interventi specifici per il trattamento. Come commenta Luberti, la necessità di una

corretta diagnosi è cosa ormai acquisita da parte della ricerca clinica, ma nella pratica di tutti i giorni i professionisti della cura non tengono ancora nel dovuto conto le conseguenze delle violenze subite nell'infanzia. In particolare, si rileva la necessità di favorire la sensibilizzazione e la formazione degli operatori della psichiatria, dei servizi per le tossicodipendenze, dell'alcolologia, rispetto alla rilevazione dei casi, agli obblighi di legge, al lavoro di rete e alla necessità di una stretta collaborazione con i centri antiviolenza e con i centri per la tutela dei minori.

Nel settore del trattamento appare indispensabile avviare progetti sperimentali di valutazione e trattamento dei maltrattanti, seguendo ipotesi e modelli adottati in alcuni Paesi europei ed extraeuropei che, accanto alle misure di protezione delle vittime, prevedono anche l'applicazione di programmi che coinvolgono gli autori delle violenze allo scopo di responsabilizzarli rispetto ai comportamenti agiti, limitare il rischio di recidive e svolgere un controllo a garanzia delle vittime.

È ben più complesso inoltrarsi lungo la strada della sperimentazione di modelli di valutazione e di trattamento degli autori di reati sessuali; è però questa una tipologia di soggetti caratterizzata da alta recidiva e pericolosità sociale, che spesso rischiano di essere sottovalutate nell'impossibilità di effettuare serie valutazioni psicodiagnostiche sulla loro recuperabilità e capacità di non nuocere nuovamente. Sono stati molti i richiami fatti in questi anni alla necessità di affiancare le pene detentive, quando vengono comminate, anche con percorsi trattamenti intra-murari che assicurino il necessario controllo e contenimento; alcuni esperimenti sono stati fatti in forme pionieristiche che meriterebbe consolidare e validare scientificamente per renderle trasferibili in altri contesti.

Gli operatori impegnati in tali sperimentazioni dovrebbero avere comprovata formazione ed esperienza professionale. Sarebbe auspicabile anche che abbiano esperienze di lavoro diretto con le vittime poiché la conoscenza diretta delle sofferenze e dei danni inflitti è requisito da non sottovalutare ai fini dell'esatta configurazione delle responsabilità.

La ricerca, inoltre, dimostra che siamo dinanzi a un fenomeno che emerge ancora con difficoltà e troppo spesso non raggiunge le sedi capaci di interventi efficaci. Sono perciò opportuni strumenti di monitoraggio costante su base nazionale e investimenti continui nella formazione dei professionisti per la valutazione dei segnali di disagio. Sono utili linee guida e protocolli di intervento tra tutte le professionalità, al fine dell'integrazione degli interventi di rilevazione, valutazione, protezione e cura. Tali strumenti dovrebbero mirare anche a sostenere e utilizzare le competenze già esistenti in ambito sia pubblico che privato.

I dati, come evidenziati in precedenza, offrono spunti anche per nuove piste di ricerca focalizzate su temi specifici, quali:

- indagine campione per stimare i costi reali della prevenzione primaria, degli interventi di assistenza e recupero, delle azioni di contrasto e repressione dei reati allo scopo di quantificare i costi sociali del fenomeno;
- studi longitudinali su piccoli gruppi per studiare i meccanismi di insorgenza dei maltrattamenti e degli abusi, i fattori di rischio che agiscono da “detonatore” e i percorsi evolutivi che portano alcune vittime di violenza a rimettere in atto comportamenti violenti in adolescenza e in età adulta;
- ricerche sui meccanismi di resilienza per individuare quali siano gli interventi più adatti ed efficaci;
- studi settoriali sulle singole configurazioni di maltrattamento e i loro esiti al fine di isolare fattori di rischio e fattori protettivi specifici e la risposta a differenti modelli di trattamento;
- studi sugli autori di maltrattamento e gli abusanti, adulti e minorenni, per delineare tipologie e caratteristiche utilizzabili come criteri e parametri nella valutazione e, ove possibile, nel trattamento;
- definizione di strumenti di valutazione dei programmi e dei modelli organizzativi assunti dai servizi per intervenire in modo specializzato, individuando criteri di qualità e prassi trasferibili.

**3. Quali strategie e proposte di intervento sono state formulate dalle donne intervistate?**

L'ultima domanda dell'intervista chiedeva cosa è possibile fare per prevenire e contrastare il fenomeno della violenza ai danni di bambini e bambine.

Le risposte fornite dalle donne sono state analizzate calcolando le ricorrenze dei termini riferiti agli attori della prevenzione e della tutela, alle finalità da perseguire e alle azioni da compiere.

I soggetti cui si riconosce un ruolo chiave per affermare una cultura del rispetto e della non-violenza nelle relazioni tra adulti e bambini sono i **genitori** («il rispetto per gli esseri umani deve essere prima di tutto insegnato in famiglia per poter sperare che i bambini di oggi siano degli adulti “sani”»), dai quali ci si attende che imparino a prestare ascolto ai bisogni e alle difficoltà dei figli; a rendersi disponibili al dialogo; a riconoscere i segnali di disagio («credo che la cura dei figli spetti ai genitori e non alle istituzioni che non sono attente»).

È dal rafforzamento delle capacità relazionali e di cura della famiglia che si pensa possa provenire un cambiamento nella direzione di una più ampia attenzione ai rischi evolutivi e alle condizioni di pregiudizio che i bambini e le bambine vivono nelle loro famiglie.

E come deve essere questa famiglia affinché sia capace di assicurare protezione e adeguate cure ai piccoli?

L'immaginario familiare delle donne intervistate oscilla tra l'idealizzazione e un pragmatismo che privilegia il diritto al benessere dei singoli soggetti rispetto al mantenimento a tutti i costi dell'unità familiare.

C'è quindi chi suggerisce che l'amore, l'unità familiare, la serenità e la felicità sono gli ingredienti essenziali per garantire una crescita "sana" dei bambini:

- «vivere in una famiglia unita, responsabile dei propri figli»;
- «per un bambino una famiglia serena è l'elemento fondamentale per una crescita sana. Non bisognerebbe mettere al mondo un bambino se non si ha la certezza di potergli offrire dedizione, protezione, amore e serenità»;
- «è importante proteggere i bambini soprattutto con tanto amore: con quell'amore che solo una famiglia felice e serena può dare».

C'è poi chi si affida non ai sentimenti, ma ai compiti che la famiglia dovrebbe assolvere:

- «maggiore dialogo e comprensione»;
- «capacità di leggere i segnali di disagio del bambino»;
- «prestare ascolto ai bisogni dei figli e rendersi conto di come cambiano via via che crescono»;
- «è importante la collaborazione tra famiglia e istituzioni perché la prima non può fare tutto da sola»;
- «gli adulti, di fronte a violenze nei confronti dei bambini, hanno il dovere di denunciare il colpevole per tutelare i bambini».

Può sembrare un controsenso che proprio da chi è più responsabile delle difficoltà e dei traumi dei figli ci si aspetti la capacità di dare soluzione al problema; la ragione è in parte rintracciabile nel fatto che tra le cause delle violenze intrafamiliari si individuano essenzialmente fattori di tipo culturale e sociale, che si pensano superabili con processi di tipo educativo familiare o con interventi che permettano ai genitori di avere più tempo per stare con i figli e più occasioni di condivisione dei loro problemi.

La famiglia inoltre subisce i contraccolpi di crisi e disfunzioni del contesto sociale, quali disoccupazione, carenza di servizi, scarso supporto alle madri lavoratrici, e riflette ciò che accade nella società:

- «ci dovrebbe essere meno disoccupazione, in quanto la mancanza di lavoro influisce moltissimo sulla serenità familiare»;
- «per le donne madri sarebbe importante poter lavorare part-time. I servizi dovrebbero essere più vicini alle esigenze delle famiglie ad esempio con aiuti, finanziamenti»;

- «il governo dovrebbe essere più sensibile alle esigenze delle famiglie, ad esempio con lavori part-time per le madri, affinché possano stare di più con i figli. In questo momento non ci sono agevolazioni per loro e nemmeno per le aziende o i datori di lavoro che non accettano di dare il part-time alle donne»;
- «venire incontro alla famiglia in modo tale che almeno le madri possano seguire di più i figli, che altrimenti sarebbero troppo esposti a stimoli come TV, Internet senza il controllo delle famiglie. Il part-time sarebbe la condizione ideale per potersi realizzare come persone al di fuori della famiglia, ma contemporaneamente essere presenti con i figli»;
- «la violenza sotto varie forme è diventata qualcosa di quotidiano in questa società, non bisognerebbe abituarsi a questo solo perché il mondo va così ma si dovrebbe analizzare e discutere su questi temi cercando di scoprire le cause e di agire concretamente per cambiare le cose».

E se la famiglia non funziona, però, è giusto che si intervenga per tutelare i soggetti più deboli:

- «è necessario essere capaci di intervenire sulla famiglia, anche se dispiace, sono sempre traumi, ma per il bambino può essere l'unica soluzione possibile»;
- «se una bambina subisce violenza in famiglia è giusto allontanarla, prestarle assistenza e cercare di darle l'infanzia che non ha potuto vivere»;
- «i genitori devono essere disponibili a farsi aiutare psicologicamente poiché il problema sicuramente arriva da loro non dalla bambina»;
- «allontanerei i bambini dalle famiglie di origine affidandoli a qualche istituto in attesa di una famiglia sicura»;
- «sono del parere che se si viene a conoscenza di gravi maltrattamenti e violenze su minori sia necessario intervenire informando le autorità per favorire così l'allontanamento del minore dalla famiglia e cercare allo stesso tempo di aiutare la famiglia a risolvere i suoi problemi».

Quando dalla genericità dei termini genitori e famiglia si passa a individuare i singoli membri della coppia genitoriale, è sulle **madri** che vengono ricondotte le maggiori responsabilità e aspettative:

- le madri sono considerate il genitore più adatto a raccogliere le confidenze dei figli («bisogna spiegare ai bambini certe problematiche senza spaventarli e comunque nessuno può farlo meglio

della madre, quindi le conoscenze, la comprensione e il carattere di una madre sono importantissimi»; «è fondamentale la vicinanza della famiglia, la madre deve essere partecipe della vita dei bambini»; «una madre attenta e consapevole è l'unica difesa per un bambino in una società come la nostra piena di pericoli di vario genere»);

- le madri di oggi sono ancora alle prese con le contraddizioni e le fatiche della “doppia presenza”, e sono rimproverate di trascorrere poco tempo con i propri figli perché assorbite dal lavoro e dalla carriera («credo che molta responsabilità sia delle madri che fanno più le donne in carriera e meno le madri»; «le madri dovrebbero lavorare meno e passare più tempo con i bambini soprattutto se sono piccoli»);
- le madri non devono affidare ad altri la cura dei figli («è fondamentale la presenza a casa della propria madre e che i figli non siano affidati ad altri»);
- le madri per prime possono e devono rilevare i disagi dei figli («le mamme non dovrebbero trascurare i cambiamenti di umore e di comportamento dei loro figli e considerare tutti i campanelli di allarme»);
- le madri possono avere la lucidità per mentalizzare che i pericoli possono sorgere nello stesso ambiente familiare («rendere consapevoli le madri che i pericoli si possono nascondere anche nella famiglia e fra le persone che la famiglia frequenta»).

### E i padri?

Solo due donne li nominano espressamente, attribuendo loro la responsabilità di recuperare ruolo e funzione nella crescita dei figli («i genitori dovrebbero avere i ruoli di padre e madre più chiari e distinti») all'interno di un processo di circolarità degli affetti e della comunicazione che coinvolga tutti i membri della famiglia («è necessario impostare un dialogo fra madre, padre e figli»). Certamente una così bassa ricorrenza del termine “padre” non significa che esso non sia presente nella mente di chi parla più genericamente di genitori e famiglie; ciò che colpisce è però la forte differenza nel valore della ricorrenza se confrontata con quella del termine “madre”, utilizzato singolarmente da 137 donne.

L'assenza dei padri può essere spiegata, da un lato, come frutto della cultura familiare ancora oggi prevalente nel nostro Paese, che continua ad assegnare alle madri un sovraccarico di responsabilità, e, dall'altro, come difficoltà a individuare nel padre un agente di cambiamento, essendo percepito essenzialmente come uno dei principali responsabili dei disagi e delle violenze intrafamiliari.

D'altronde, come osserva Maurizio Andolfi<sup>2</sup>, «il padre è largamente assente anche dai modelli teorici che guidano le ricerche sullo sviluppo infantile [...] nella stragrande maggioranza dei casi il padre e la funzione paterna sono assolutamente trascurati nella teoria e ancora di più nelle istituzioni di diagnosi e cura del bambino». Se questa mancanza di pensiero permea anche il sapere degli esperti, è comprensibile che essa risalti anche nella cultura che nasce dall'esperienza e dalla pratica, sebbene la realtà offra oggi molteplici formati di famiglia cui iniziano a corrispondere modelli di relazione padre-bambino/a sempre più vari e complessi.

E accanto alla famiglia si assegna un posto importante alla **scuola**, quale supporto per la famiglia stessa e luogo di osservazione della sofferenza dei bambini.

Alle insegnanti si chiede quindi di:

- essere più preparate e pronte a rilevare e a segnalare ai servizi le situazioni di disagio («più osservazione a scuola, vista come seconda famiglia per il bambino»; «la scuola deve segnalare eventuali anormalità rilevabili dai comportamenti o dai disegni dei bambini»; «maggior preparazione degli insegnanti e cogliere segnali di disagio dei bambini»);
- promuovere l'educazione sessuale e socioaffettiva quale strumento per formare al rispetto tra i sessi e alla qualità delle relazioni («la scuola può aiutare la famiglia nell'educazione sessuale dei figli»; «a scuola si impara a stare con gli altri»; «la scuola ha un ruolo fondamentale in quanto dopo la famiglia è la prima forma di socializzazione che sperimenta ed è qui che egli si forma come individuo sociale ed è qui che deve essere reso consapevole dei pericoli a cui può andare incontro e dei suoi diritti»);
- essere capaci di ascoltare e “testimoniare” la sofferenza dei bambini («i bambini hanno bisogno di qualcuno fidato con cui parlare, spesso i bambini non sono creduti»; «gli insegnanti devono poter instaurare un rapporto di confidenza e di fiducia col bambino e favorire il dialogo con lui»);
- collaborare con la famiglia e, soprattutto su questi problemi, con i servizi e le istituzioni del territorio («si dovrebbe aumentare la collaborazione fra scuola famiglia e servizi sociali, mettendo in atto strategie diverse di prevenzione»; «proporrei di integrare di più gli interventi sociali con scuola e famiglia in modo da mettere in atto strategie di prevenzione sotto un diretto controllo di perso-

---

<sup>2</sup> Andolfi M. (a cura di), *Il padre ritrovato*, Milano, Franco Angeli, 2001.

nale specializzato»; «è indispensabile che l'informazione sia fatta nelle scuole: visto che spesso gli abusi avvengono fra le mura domestiche. È importante che la scuola, sin dalle elementari, si faccia promotrice di iniziative per far conoscere ai bambini l'esistenza del problema e dia loro la possibilità di parlarne con uno psicologo, che dovrebbe essere sempre presente»).

Ai **servizi del territorio** si domanda una maggiore capacità di controllo («dovrebbero accertarsi che in ogni famiglia ci sia un ambiente idoneo per la crescita di un bambino e tale compito dovrebbe essere assolto da ogni ente locale»; «accurata e attenta sorveglianza sulle famiglie, soprattutto su quelle maggiormente disagiate, da parte degli enti predisposti a ciò»), tempestività degli interventi e collaborazione positiva con le famiglie e la scuola.

Gli obiettivi sottesi alle proposte sono quindi di:

- *prevenzione primaria*, per diffondere una cultura attenta ai diritti e ai bisogni di bambini e bambine («penso che ogni genitore dovrebbe cercare di ricordarsi che i figli non sono proprietà privata ma esseri umani con i loro diritti e pertanto vanno rispettati») e promuovere interventi di rilevazione precoce delle situazioni di rischio e di supporto a crisi temporanee delle famiglie;
- *protezione e interruzione delle violenze in atto*, attivando anche i pediatri e tutte quelle figure dell'area sanitaria che hanno rapporti costanti con i bambini e i nuclei familiari, anche se proprio i medici sono visti spesso in modo critico dalle donne intervistate («anche i medici dovrebbero intervenire e imparare a rilevare, loro che poi parlano ma non agiscono...»);
- *assistenza e cura* alle vittime di maltrattamenti e abusi;
- rafforzare la *cooperazione* tra famiglia, enti e istituzioni di tutela.

Come conseguirli?

- La formazione di genitori, insegnanti e professionisti della cura, nonché l'informazione diffusa sul problema, come si è detto sopra, sono le due linee di azione che ricorrono con maggiore frequenza nelle affermazioni delle donne intervistate.
- Progetti di sensibilizzazione e informazione direttamente con i bambini e le bambine per rafforzare le loro capacità relazionali e ampliare la loro rete di supporto («sollecitare i bambini e trovare anche fuori dalla famiglia/scuola adulti in cui avere fiducia»).
- Ma servono anche servizi: si auspica quindi che ci sia un maggiore investimento di risorse e un ampliamento della rete dei servizi territoriali («il governo dovrebbe stanziare più fondi per i servizi

sociali, i quali dovrebbero essere resi più efficienti»; «i servizi dovrebbero disporre di un maggior numero di operatori per la protezione dell'infanzia in modo da poter coprire accuratamente ed efficacemente tutto il territorio»).

- Integrazione e collaborazione interistituzionale sono altri due fattori di cambiamento per una società che protegga efficacemente i soggetti più deboli.
- Sostegno alla famiglia e rafforzamento delle sue capacità accuditive attraverso l'individuazione delle famiglie a rischio, la creazione di centri che favoriscano la socializzazione tra genitori e figli, la creazione di reti di solidarietà e mutuo-aiuto tra famiglie.
- Si chiedono però anche leggi più severe e punizioni certe per coloro che fanno del male ai bambini, e qualcuno parla anche di cura e trattamento per i maltrattanti e gli autori di reati sessuali ai danni di minori allo scopo di limitare i rischi di recidiva («Le leggi in Italia dovrebbero essere più severe nei confronti di quelle persone che commettono reati sui bambini, in modo che la stessa persona non ricommetta il reato e comunque queste persone dovrebbero essere obbligate a curarsi»; «pene severissime e cure in centri specializzati per pedofili e maltrattanti»).

Ci sono poi alcune donne che ripensano esplicitamente alla loro storia nel formulare proposte utili alle nuove e future generazioni:

- «Quando c'è la violenza è indispensabile trovare una persona che si prenda cura della bambina, che deve essere tolta dai genitori anche se il distacco si può sentire, però deve essere una persona di molto affetto che le vuole bene se no non so se l'intervento sia valido, io ero molto legata alla nonna»;
- «È importante la presenza dei genitori nell'educazione e nella crescita dei figli. Nella mia esperienza ho avuto fortuna, sono stata seguita in famiglia»;
- «Secondo la mia esperienza alcuni genitori dovrebbero sforzarsi di essere meno egocentrici e accorgersi dei figli, della loro fragilità e del loro bisogno di amore»;
- «Essendomi separata per maltrattamento, penso di aver fatto vivere ai miei figli più grandi il disagio dei miei maltrattamenti e poi quello della separazione dal padre. Penso che bisognerebbe aiutare più la famiglia quando accadono questi eventi. La bambina più piccola è rimasta orfana del padre a 9 anni, anche in questa occasione avrei voluto maggiore comprensione da parte delle istituzioni».

Si fa strada anche il timore per i rischi che possono derivare dall'uso dei mass media e delle nuove tecnologie. In particolare Internet è

percepito come uno spazio dove è possibile incontrare il “lupo cattivo”, un luogo che i bambini si trovano spesso a esplorare troppo “lontani” dalla vigilanza dei genitori. Si auspicano azioni di contrasto rispetto agli abusi televisivi, affinché i programmi non trasmettano scene di violenza e siano rispettosi delle differenze di genere e dei diritti di bambini e bambine e le rappresentazioni dei ruoli maschile e femminile non si configurino come diseducative, attraverso la proposizione di modelli relazionali violenti e reificanti. Si raccomanda quindi:

- «di controllare i siti Internet e sorvegliare maggiormente i figli»;
- «che i bambini non siano esposti a vedere violenza in TV e ci sia più controllo da parte della famiglia»;
- «di stare molto vicini ai bambini, non lasciarli mai da soli, giocare con loro e stare attenti a ciò che guardano in TV»;
- «di non abbandonare i bambini a se stessi con TV e videogiochi e farli stare meno davanti alla TV e computer»;
- «di ridimensionare la tipologia di programmi e messaggi che la televisione e la stampa diffondono (immagini violente, pubblicità, ecc.)»;
- «di togliere dalla programmazione delle TV le scene violente e di sesso».



Vite in bilico

APPENDICE



## La ricerca e il contesto: il rapporto con le donne, l'impatto umano e culturale dai commenti delle ricercatrici\*

*1. La ricerca in Friuli Venezia Giulia: l'incontro con le donne; 2. La ricerca in Calabria: un'esperienza di supervisione; 3. La ricerca in Toscana: l'esperienza delle interviste nella provincia di Firenze; 4. La ricerca in Lombardia; 5. La ricerca in Puglia: oltre il primo incontro*

La complessità del lavoro di indagine realizzato dal Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza – che qui è stato presentato solo per la parte relativa alle interviste *face to face* con il campione delle 2.320 donne – ha richiesto l'organizzazione di una fitta rete di rilevatrici distribuite sul territorio nazionale. A tutte loro ci si è sforzati di offrire non solo un costante coordinamento a livello regionale e nazionale, ma anche una supervisione sui contenuti delle interviste e sull'impatto emotivo che i contatti con le donne, i loro racconti e i loro vissuti potevano produrre sulla singola ricercatrice. Il gruppo locale e regionale di ricerca ha costituito un contenitore sufficientemente efficace per rielaborare le difficoltà emotive che potevano trasformarsi in fattori di distorsione rispetto alla qualità delle informazioni raccolte.

Per tutte le ricercatrici questo lavoro ha rappresentato una sfida umana e professionale in considerazione sia dell'impegno richiesto per rispettare i criteri di campionamento sia della particolarità dei contenuti dell'intervista, che doveva essere gestita con professionalità restando all'interno di un quadro di ricerca senza trasformarla in un intervento di aiuto. La valenza supportiva doveva stare nella capacità di ascolto e di chiarezza della singola ricercatrice, che guidando la donna nel percorso delle domande l'aiutava a elicitare ricordi su varie esperienze di vita, più o meno intime, più o meno dolorose o imbarazzanti. Consapevoli che l'incontro avveniva con donne che potevano trovarsi a rivivere emozioni dolorose, condividendo, quasi per la prima volta, eventi difficili o veri e propri traumi dell'infanzia, alle ricercatrici sono state fornite informazioni su servizi e strutture specializzate cui potevano indirizzare le donne che ne avessero fatto richiesta o che mostrassero un evidente stato di disagio.

L'esperienza si è conclusa con un bilancio che racchiude ombre e luci su questo complesso lavoro svolto dal Centro nazionale. Le sollecitazioni a proseguire con studi sempre più mirati in termini di temi di

---

\* Donata Bianchi, sociologa, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

indagine e di target sono stimoli a sviluppare strumenti e procedure sempre più robusti e validati dall'esperienza.

I rapporti che si creano nel corso delle indagini con interviste *face to face* sono strumenti di conoscenza come gli strumenti di rilevazione utilizzati, ed è noto che la qualità della relazione influisce sulla qualità dei dati; qui però non interessa discutere le implicazioni metodologiche: ciò che invece qui si intende fare è valorizzare la prospettiva di osservazione delle ricercatrici e rappresentare le ambivalenze e la complessità dell'incontro con le donne.

## 1. La ricerca in Friuli Venezia Giulia: l'incontro con le donne<sup>1</sup>

### 1.1. L'incontro con le donne

#### Il contatto telefonico, le reazioni<sup>1</sup>

Le donne più disponibili a partecipare sono state quelle appartenenti alle fasce di età più alte: quella dai 33 ai 46 anni e quella dai 47 ai 60 anni. Le più irritabili e che affermavano «non mi interessa» erano le donne dai 27 ai 33 anni, le introvabili quelle più giovani, dai 19 ai 26 anni.

Molte donne lavorano e molte donne soprattutto tra i 47 e i 60 anni, se sono a casa, sono molto impegnate nella conduzione della famiglia (nipoti a carico, pranzi per figlie e cognati, nonni anziani di cui prendersi cura) e rispondevano: «non ce la faccio proprio». La scusa utilizzata maggiormente è stata, infatti, «non ho tempo», anche se da parte nostra la disponibilità era massima, a qualsiasi ora del giorno e in qualsiasi luogo, e il rifiuto maggiore avveniva nel momento in cui si proponeva l'incontro *face to face*.

Lo *script* individuato per introdurre la ricerca e per presentarci è risultato comprensibile e di facile utilizzo, ma è stato necessario, in alcune occasioni, semplificarlo per renderlo ancora più chiaro, soprattutto per le persone più anziane.

Spesso ci siamo trovate a dare molte informazioni, sia sul Centro nazionale, sia sulle precedenti attività o iniziative avviate che potessero in qualche modo testimoniare la veridicità delle nostre comunicazioni. Alcune persone hanno preferito documentarsi tramite il sito Internet prima di accettare l'invito e hanno chiesto di essere richiamate; altre, invece, sembravano essere già al corrente di alcuni progetti del Centro ed è stato, quindi, più facile condividere un linguaggio comune.

Già durante la presentazione alcune persone hanno sentito la positività dell'iniziativa, mentre per altre la sensibilizzazione al tema è stata più faticosa.

#### L'incontro

Già dalle prime telefonate ciò che emergeva era la grande diffidenza per la ricerca e tale atteggiamento aumentava nel momento in

---

<sup>1</sup> A cura di Francesca Bortolotto (ricercatrice e coordinatrice Friuli Venezia Giulia), Martina Mascherin e Barbara Tanchis (ricercatrici).

cui si proponeva alla donna di fissare un incontro al fine di poter proporre il questionario e condurre l'intervista faccia a faccia. Abbiamo lasciato che le donne decidessero liberamente il luogo dell'incontro per l'intervista; alcune proponevano la loro casa o il loro luogo di lavoro.

## 1.2. Riflessioni sul percorso

### *La cultura locale*

Le differenze tra la città e le zone rurali si è percepita sia nel contatto telefonico e quindi sia rispetto all'accettazione di partecipare sia rispetto all'accoglienza per l'intervista.

Se in città come Pordenone e Udine è stato un po' più semplice il contatto telefonico e la disponibilità a partecipare all'intervista, forse anche grazie al fatto che c'era la possibilità di utilizzare luoghi "neutri" come le biblioteche o la disponibilità di sedi di associazioni, al contrario nei paesi della provincia è stato più faticoso comporre il campione, ma, quando le persone accettavano, si dimostravano molto più accoglienti e cordiali, offrendo la disponibilità della propria casa come luogo di incontro, il caffè o quanto altro potesse far sentire a proprio agio la ricercatrice, raccontando molto di sé e magari dei propri figli e della propria famiglia attuale.

L'aspetto che appare evidente, in base all'esperienza, è la presenza, soprattutto in alcuni contesti rurali, di un forte tasso di alcolismo che, soprattutto in passato, ha sicuramente, almeno in queste zone, esercitato un'influenza determinante sulla diffusione di violenze intrafamiliari: «era un'abitudine per mio padre andare al bar di pomeriggio o di sera, a bere con gli amici fino a tardi, mentre mia madre restava a casa con noi».

Molte donne hanno riportato tali ricordi, evocando situazioni di maltrattamento sia vissuto in prima persona che assistito soprattutto perché rivolto alle madri che in molti racconti si ponevano in posizione di difesa dei figli quando il marito ubriaco agiva comportamenti violenti nei confronti dei figli.

Altro aspetto da sottolineare, che ci ha colpito molto, è l'atteggiamento passivo di molte persone intervistate rispetto alle ultime domande che si riferivano a violenze subite da adulte. Diverse signore o ragazze hanno riferito di aver ricevuto molestie di natura sessuale, o di essere state "sfiorate", in luoghi pubblici, come comportamenti cui non avevano mai dato peso o che avevano vissuto come inevitabili per una donna.

Altro atteggiamento di normalizzazione e di minimizzazione è emerso quando si chiedeva alle donne l'atteggiamento dei loro genitori in alcuni momenti dell'accudimento, quali il gioco, l'addormentamento, la cura e l'attenzione nei confronti della scuola. Il fatto che i loro genitori non avessero mai giocato con loro, non avessero mai dedicato del tempo a rassicurarle prima del sonno o fossero stati poco in-

teressati alle loro esperienze scolastiche, rendimento incluso, sembrava rientrare in qualche forma di normalità che presto si traduceva in abitudine da accettare.

*Le differenze  
generazionali*

Spesso le donne più anziane erano le più gentili e ci siamo chieste se questo fosse dovuto a una diversa educazione, a diverse esperienze di vita (in passato era più facile fidarsi degli altri) o perché l'età e la vita vissuta porta a essere più "sagge".

Le più giovani ci sono parse superficiali; abbiamo avuto la sensazione che non considerassero adeguatamente le conseguenze importanti della ricerca. Le abbiamo trovate molto centrate su loro stesse e sui loro impegni del quotidiano (studio, ho altro da fare, ecc.).

**La dimensione dell'incontro**

Quando mi è stato proposto di partecipare a questa ricerca ho pensato, come lo è stato in altri momenti, che per me sarebbe stata un'importante occasione lavorativa da non perdere da cui avrei tratto, sicuramente, esperienza e sviluppato ulteriori competenze professionali per il mio lavoro di psicologa.

Poi ci sono stati i giorni di formazione a Firenze, durante i quali le questioni principali erano focalizzate, almeno per quanto mi riguarda, nel comprendere bene la modalità di lavoro, imparare a utilizzare il questionario e gli altri strumenti che lo accompagnavano.

Nel momento in cui ho incominciato la ricerca, a comporre i numeri presi dall'elenco telefonico, e a sentire dall'altro capo della cornetta le voci delle persone, ho percepito e sentito dentro di me, prima attraverso la cornetta e poi durante gli incontri, che il lavoro non sarebbe stato semplicemente compilare un questionario bensì esso sarebbe stato un tramite che mi avrebbe permesso di incontrare delle donne, le loro storie e i loro luoghi di vita.

Gli incontri, in effetti, si sono rivelati sempre significativi, anche se brevi.

A distanza di molto tempo ricordo ancora con dolcezza molte donne che mi hanno donato le loro storie e che, nell'intimità della loro cucina, davanti a una tazza di tè nell'angolo di una caffetteria o sedute su una panchina al parco guardando i bambini giocare, hanno affidato a me i loro ricordi, anche più intimi.

Ricordo una signora, che al telefono era stata molto reticente e non voleva partecipare. Ricordo la durezza della sua voce e la difficoltà nel fissare l'appuntamento. Quando mi aprì la porta di casa, un sabato mattina, non solo nella voce ma anche nei movimenti era dura e distante; la casa era in ordine, pulita e accogliente. Parlammo in cucina, sedute davanti a un caffè, nello sfondo il profumo del cibo e il suono del pianoforte suonato dal marito presente nella stanza accanto e la voce di suo figlio disabile. Mano a mano che si procedeva con le domande la signora iniziava ad addolcire la voce e a raccontarmi la difficile e faticosa vita nella sua famiglia d'origine con un padre alcolista; ricordo le sue lacrime e le sue parole in conclusione dell'incontro: solo alla fine, infatti, mi rivelò

che aveva accettato di partecipare solo per la mia voce al telefono, che aveva sentito calma, rassicurante e accogliente ricordo il suo grazie e la stretta di mano sincera accompagnata dal sorriso.

Ricordo con forza e chiarezza anche un'altra donna. Magra, mora e dal volto pulito; ricordo il suo difficile racconto di una famiglia senza la mamma, morta giovane per malattia, la sua storia di bambina messa in un istituto nel quale viveva situazioni maltrattanti: *"eravamo solo numeri, non persone"*, i ritorni a casa durante le feste e gli abusi sessuali da parte del padre e dei fratelli.

Ho in memoria la forza dei suoi occhi e delle sue parole: *"non lo avevo mai detto a nessuno"*.

È stata una ricerca molto faticosa ma per me molto importante, non solo dal punto di vista lavorativo ma soprattutto umano perché è rimasta dentro di me la bellezza del poter essere in quel momento "luogo e spazio" in cui queste donne, che non avevo mai incontrato prima e non incontrerò più nella mia vita, hanno deciso di depositare e affidare le proprie storie di vita. (Testimonianza di F.B.)

## 2. La ricerca in Calabria: un'esperienza di supervisione<sup>2</sup>

La rilevazione sui percorsi di vita ha consentito, nelle quattro province calabresi interessate, di aprire per la prima volta una finestra sulla diffusione del fenomeno degli abusi all'infanzia, sulle forme e sugli effetti, sugli aspetti generali e sulle peculiarità, consentendo di tracciare una mappa del fenomeno e, soprattutto, di cominciare una riflessione su cosa è possibile ed è necessario fare. Si è trattato di un percorso non facile per le ricercatrici a causa della complessità metodologica della ricerca; dell'alto numero di contatti e di chilometri fatti per raggiungere il numero prestabilito di Comuni; della lunghezza e dell'articolazione del questionario, ma soprattutto a causa dei temi dal forte impatto emotivo.

Le interviste erano coinvolgenti sia per le donne contattate sia per le ricercatrici, perciò la supervisione del gruppo si è dimostrata uno strumento indubbiamente necessario in quanto ha consentito di avere un adeguato spazio di rielaborazione delle storie e delle emozioni delle donne e dei loro vissuti. Alcuni episodi sono particolarmente indicativi: lo sconforto quasi paralizzante di un'intervistatrice aggredita verbalmente e veementemente con l'accusa di seminare il peccato parlando di cose sessuali; o quella volta in cui un'intervistatrice fu oggetto di attacchi persecutori particolarmente pesanti perché la casualità aveva fatto sì che all'altro capo del filo ci fosse una persona che aveva subito una condanna per abusi sessuali su minore e aveva ritenuto che il contatto fosse intenzionalmente rivolto a lui.

---

<sup>2</sup> A cura di M. Daniela Diano (coordinatrice/supervisora delle ricercatrici in Calabria).

L'esperienza è stata molto arricchente, e interessante è stato il lavoro di coordinamento e di supervisione con le intervistatrici. Malgrado le difficoltà organizzative per concordare date, cercare sedi, tabulare dati, questi incontri sono stati occasione di scambio, di approfondimenti teorici, di trasmissione di emozioni e di esperienze e di condivisione, per cui ogni incontro consentiva a tutte di ripartire con maggiore energia.

Alcuni dei principali aspetti emersi e riflettuti con le ricercatrici nell'analisi dell'esperienza di contatto con le donne sono stati:

- la presentazione iniziale, che evidenziava le credenziali del Centro nazionale e la finalità di puntare all'individuazione di politiche di benessere per i bambini, ha gettato sicuramente un ponte per la condivisione degli obiettivi e quindi per la *compliance*;
- le intervistate accettavano più facilmente di sottoporsi all'intervista se fatta al telefono mentre la metodologia che utilizzava il contatto telefonico preliminarmente all'incontro trovava una percentuale elevatissima di rifiuti;
- anche la scolarità è sembrata incidere: le persone a bassa scolarità si mostravano più diffidenti;
- la fascia oraria migliore si è rivelata quella mattutina o serale;
- spesso a rispondere al telefono erano persone anziane;
- malgrado l'alto numero di casi positivi quasi mai è stata richiesta l'informazione sui centri a cui rivolgersi. Questo dato appare piuttosto sconcertante: viene da domandarsi come mai queste persone non chiedono aiuto per se stesse ma poi, se lo leghiamo ai suggerimenti sul che fare, sostengono che bisogna aiutare i bambini. Anche i suggerimenti che venivano da loro portati in conclusione dell'intervista facevano pensare a una particolare sensibilità verso i bambini in quanto soggetti bisognosi di protezione e cura. La mancata richiesta di aiuto potrebbe essere interpretata come un atteggiamento di rassegnazione per una vita che comunque è andata avanti, magari senza particolari problemi (sarà utile in proposito guardare le correlazioni tra esperienze precoci e salute attuale), o espressione di un bisogno difensivo che scatena meccanismi di evitamento per non riattivare i sentimenti di pericolo e di impotenza («se non ne parlo non soffro/posso continuare ad avere il controllo della mia vita e delle mie azioni»), o, ancora, effetto dell'impensabilità di meritare aiuto, tipica delle vittime di traumi infantili, le quali hanno sovente un'immagine di sé svilita da pensieri di indegnità («se mi hanno/non mi hanno fatto questo me lo sarò meritato»).

Quando emergevano fatti traumatici le intervistate manifestavano un bisogno incoercibile di raccontare i dettagli relativi agli stati mentali (pensieri ed emozioni legati all'evento), probabilmente perché, come l'esperienza clinica ci insegna, quando affiorano esperienze traumatiche non elaborate, non risolte, esse portano con sé tutta la carica emotiva che si accompagna a tali fatti indipendentemente da quanto tempo è passato dal momento del loro accadimento.

Nel controtransfert delle intervistatrici non sono emersi sospetti di "falsi positivi": tra le risposte affermative non è mai stato rilevato, tranne che in un caso, del compiacimento esibizionistico, mentre erano molto evidenti, anche se non sempre verbalizzati, i sentimenti di dolore e di rabbia e la fatica di ricordare episodi spiacevoli di vita vissuta. Spesse volte, poi, le stesse intervistate si mostravano sorprese nel collocare le esperienze da loro vissute nell'infanzia e nell'adolescenza in una cornice di maltrattamento e, ancor più, di incuria. La narrazione autobiografica ha consentito di rivelare esperienze dell'infanzia cui all'epoca le intervistate non erano state in grado di dare un significato perché non aiutate dagli adulti in questo processo di significazione.

Viceversa, si sono ipotizzati dei "falsi negativi", in particolare all'item 47 (abusi sessuali), soprattutto quando veniva consegnato il questionario da leggere direttamente all'intervistata, la quale passava sbrigativamente oltre, come chi vuole disfarsi in fretta di un disagio o sfuggire a un pensiero.

A suscitare le impressioni delle intervistatrici è stato il modo in cui erano date le risposte, compresi gli elementi non verbali, quali la mimica facciale e posturale e lo sguardo, che solo chi si trova a contatto diretto, vis-à-vis con l'intervistata può percepire.

Dal punto di vista clinico di chi lavora con bambini e adulti vittime di violenze in età minore, accompagnandoli in percorsi di riparazione e rielaborazione dei traumi, una delle ricadute secondarie più importanti della ricerca è che grazie alle interviste per molte donne è stato possibile raccontarsi, anche per la prima volta; non era infrequente che, tra i casi positivi di entità più grave, l'intervista si prolungasse fino a due ore e oltre. Questo è un valore aggiunto della ricerca.

Alcune donne hanno ringraziato le ricercatrici che conducevano le interviste per essere riuscite, attraverso un incontro sia pure casuale e con finalità "altre", a riprendere il filo della memoria e a dare senso alla propria storia, alcune come monito per le future generazioni, altre come occasione di integrazione di parti di sé che fino a quel momento erano restate inesprese, forse scisse.

Stabilire connessioni e dare senso alla propria storia è senz'altro riabilitativo.

La struttura e l'articolazione del questionario ha avuto, quindi, il pregio di indurre tali operazioni mentali e di creare intrecci significativi: tra esperienza e malessere/benessere, tra passato e presente, tra gli adulti e i bambini, tra quello che siamo stati e quello che siamo, tra quello che non è stato ma potrebbe essere per altri e poi tra quello che invece è stato e per nessuno, ma proprio per nessuno, dovrebbe mai più essere.

Anche il contatto diretto ha giocato un ruolo fondamentale in questo processo perché ha permesso di cogliere da entrambe le parti, intervistata-intervistatrice, gli elementi comunicativi che caratterizzano una relazione che va ben al di là della semplice ricerca di dati e che potremmo definire, per vicinanza emotiva, rispetto della persona e condivisione dell'obiettivo, come "relazione d'aiuto".

Sicuramente tra i lettori di questo volume ci saranno le intervistatrici e alcune delle persone intervistate: a loro è necessario dire "grazie" se oggi è possibile sapere qualcosa in più e avere più elementi di conoscenza per orientare le azioni del governo centrale e delle amministrazioni regionali e locali a favore della promozione del benessere dei minori.

### Tu, io e il Lupo cattivo

È stato difficile per me scegliere quale storia raccontare perché ogni intervista ha avuto la sua "magia".

Dovendo raccontare la mia esperienza, ho scelto di parlare di quello che è stato per me il momento più importante, delicato e costruttivo. Racconterò di quanto è accaduto tra me e una signora intervistata che chiamerò Anita, ovviamente un nome di copertura. Non a caso scelgo il nome di una donna coraggiosa e tenace, insomma un'eroina.

Il contatto telefonico era stato semplice, la signora Anita non aveva mostrato né diffidenza né tanto meno entusiasmo. Il giorno dell'incontro mi ero avviata con la mia auto e la piantina del *TuttoCittà* alla ricerca di questa abitazione "misteriosa" perché il numero civico sull'elenco telefonico non corrispondeva al vero. Strada facendo le avevo telefonato per avere indicazioni dettagliate e anche questo particolare mi stupiva: solitamente preferivo fermarmi dal benzinaiolo o dall'edicolante del paese a chiedere le ultime informazioni stradali. La signora Anita mi aveva dato, infine, tutte le delucidazioni necessarie e mi aveva rassicurato dicendomi che mi avrebbe aspettato sul marciapiede davanti alla sua casa. Finalmente arrivata a destinazione, la scorsi sulla strada, vestita "da casa", con i capelli raccolti. Anita mi fece accomodare in cucina dove mi accolse il suo cane che iniziò ad annusarmi insistentemente, e questa fu l'occasione per rompere il ghiaccio perché parlai del mio cane, una passione comune. L'intervista si svolse in modo molto tranquillo e scorrevole fino ad arrivare alle domande più delicate. Anche lei aveva una storia da raccontare. Un segreto. Un sorriso amaro sul volto, gli occhi lucidi ed ecco nelle sue parole lo zio, il Lupo cattivo, che nella baracca in fondo al campo le dava 500 lire per toccarla sotto le mutandine... lei non capiva, era disorientata e alla fine strappava quella banconota perché era "sporca". Nessuno cui poter chiedere aiuto allora, nessuno a cui poterlo raccontare oggi. Un segreto, una vergogna da non confessare.

Mentre Anita parlava io avevo la sensazione che si confidasse con me senza una vera consapevolezza, mi sembrava un *insight* a voce alta, quasi un ricordo che aveva trovato un "passaggio segreto", non controllato per insinuarsi e venire fuori, finalmente farsi notare, vivere alla luce del giorno e non più in clandestinità, nascosto come una colpa. Sebbene fossi ben consapevole dell'importanza della ricerca, per un attimo mi sentii come lo zio, quasi le stessi facendo fare una cosa che lei non avrebbe fatto da sola: come mi percepiva Anita? Si sentiva in "obbligo" di essere così sincera? Si rendeva conto di cosa stava facendo? Mi stava raccontando la sua storia perché pensava di doverlo fare? "Vidi" Anita bambina che non si sapeva opporre e faceva quello che intuiva l'altro volere da lei... Fu un momento ambivalente: terribile e bellissimo allo stesso tempo. Anita mi guardava in profondità, stava cercando comprensione e complicità e, in silenzio, fu come se ci fossimo scambiate mille parole. No, non ero il Lupo cattivo per lei, ero il Cacciatore che non può cancellare quello che è stato, ma in parte la poteva aiutare a uscire dall'incubo. Finalmente quel segreto inconfessabile aveva trovato un suo spazio di condivisione, e lei si era data il permesso di essere la vittima che era stata, senza incolparsi per essersi fermata nel bosco. Finalmente poteva permettersi di sentire e di dire che lo zio era stato uno schifoso, senza che poi lo schifo ripiovesse su di lei facendola annegare nei sensi di colpa.

E io? E io in tutto questo? Mi sono sentita ammirata, grata per la profondità e l'intimità della confidenza che quella sconosciuta aveva fatto a un'altra sconosciuta. Avrei voluto chiamarla il giorno dopo per sapere come stava, ma ero consapevole che lo avrei fatto per me. Mi sono fermata a pensare un attimo, l'ho rivista mentalmente e ho visto la sua forza, il suo coraggio e mi sono tranquillizzata: ormai Cappuccetto rosso era una donna adulta e il Lupo cattivo era solo un uomo miserabile, piccolo, che non poteva più tenerla chiusa nella baracca in fondo al campo. Anita aveva trovato forza dentro di sé, si era riappropriata consapevolmente di un ricordo doloroso e lo aveva finalmente visto con gli occhi di una donna adulta e non più con quelli di una bambina frastornata.

Ringrazio idealmente questa donna e tutte le altre per la fiducia che hanno avuto in me, nella ricerca e soprattutto in loro stesse. (Testimonianza di B.T.)

### 3. La ricerca in Toscana: l'esperienza delle interviste nella provincia di Firenze<sup>3</sup>

Nella provincia di Firenze il campione da intervistare era composto sia da donne che da uomini, e ciò ha permesso di porre in luce sia alcune differenze sostanziali nell'approccio e nel tipo di relazione instaurato genericamente con entrambi i sessi, sia alcuni elementi comuni che hanno reso evidente come uomini e donne possano vivere in modo simile esperienze particolarmente dolorose.

Un elemento che ha reso simili le esperienze delle ricercatrici del gruppo Firenze nell'avvicinare il questionario è che tutte noi abbiamo

---

<sup>3</sup> A cura di Serena Macherelli (ricercatrice e coordinatrice in Toscana) e Laura Canneti (ricercatrice).

fatto esperienza prima col campione femminile, e solo dopo un tempo personale che ognuna ha ritenuto essere sufficiente all'acquisizione di maggiore sicurezza col campione maschile. Il contatto con l'uomo in quanto tale trasmetteva a ognuna più ansia di quello con una donna, e questo soprattutto in relazione alla fascia intermedia di età (dai 33 anni ai 42 circa). Viene quindi spontaneo chiedersi se il motivo profondo di questo imbarazzo fosse da ricercare nelle fantasie delle stesse intervistatrici nei loro confronti, essendo tutte donne di circa 30 anni.

Buona parte del campione maschile ha accolto di buon grado l'idea di farsi intervistare così come la proposta di svolgere l'appuntamento in un luogo pubblico. Questo elemento ha differito in modo sostanziale rispetto al campione femminile, nei confronti del quale era più congeniale svolgere l'intervista a casa, in modo da creare un contesto sicuro che potesse consentire alla donna di sentirsi a proprio agio. Con gli uomini si avvertiva sempre la necessità di mettersi in situazioni che di per sé proteggevano o che facessero sentire tutelata l'intervistatrice, un aspetto che non può considerarsi un errore, ma certamente ha rappresentato una variabile contestuale da tenere presente.

Questo aspetto mette già in luce, con estrema chiarezza, come all'uomo ci si approcci con maggiore attenzione e circospezione, soprattutto nell'andare poi a indagare alcuni aspetti della sua vita intimi e privati. Con una donna invece, oltre alla mancata attivazione di fantasie relative alla sua aggressività e alla nostra successiva impotenza, il clima che si crea è di maggior confidenza e minore imbarazzo. Le donne incontrate spesso parlavano con pudore di loro stesse e delle proprie esperienze, con l'intento di trovare nella ricercatrice una corrispondenza emotiva che portasse alla condivisione, all'intimità, al confronto. L'uomo difficilmente, rispetto a una ricercatrice donna, metteva in discussione alcuni aspetti della propria vita sessuale, a meno di non de-responsabilizzarsi totalmente e dichiarare di subire la scelta della compagna, e tendendo spesso a superficializzare i ricordi dei primi contatti a sfondo erotico per il timore di essere giudicato o ridicolizzato.

Nell'esperienza delle ricercatrici che hanno lavorato sulla provincia di Firenze non è stato raro l'incontro con uomini che avevano difficoltà a "stare" sulle domande, e qualche volta faticavamo a riportarli sui quesiti dell'intervista perché era come se avessimo aperto il vaso di Pandora dal quale straboccavano caoticamente vite intere! I ricordi d'infanzia venivano spesso dettagliati fino all'inverosimile, e, nonostante nel parlare gli intervistati accennassero a esperienze di particolare rilievo per la ricerca, essi avevano difficoltà a confermarli nel rispondere a domande dirette. In molti di loro, senza particolari differenze rispetto all'età, trasparivano due atteggiamenti opposti: da un lato, l'incontro con una persona sconosciuta sembrava facilitare il riemergere di ricordi e il desiderio di ri-narrazioni libere della loro vi-

ta, dall'altro, quando agli episodi rivelati si cercava di dare un significato codificabile nei termini dell'intervista, ciò sembrava riportarli bruscamente al contesto specifico della ricerca e la libertà della narrazione iniziale si spegneva improvvisamente sotto l'emergere di un inatteso, anche per loro, pudore.

Alcune donne hanno terminato l'intervista commosse dai ricordi dell'infanzia e della famiglia di origine; altre persone hanno negato strenuamente di aver subito qualsiasi intervento dannoso; altre ancora hanno espresso fastidio e verbalizzato la scarsa utilità dell'intervista per loro stessi; altre volte, la capacità della persona intervistata di stare in contatto con le proprie emozioni ha determinato un feedback empatico molto positivo. Alcune donne adulte (in particolare quelle appartenenti alla fascia di età più alta del campione), dopo aver raccontato con quanta disperazione avevano vissuto abusi o maltrattamenti, ci hanno congedato ringraziandoci per il lavoro che stavamo svolgendo.

I meccanismi di difesa con cui uomini e donne si difendono dai propri ricordi, la rimozione, la negazione, la distorsione cognitiva, sono certamente le stesse per entrambi i sessi; diversa è essenzialmente la percezione che ognuno ha di sé in relazione a un'esperienza dolorosa, dove è più comune trovare nella donna una consapevolezza della propria vittimizzazione che l'uomo difficilmente ammette. All'inizio della ricerca, la supervisione ha permesso di riconoscere quando l'imbarazzo o il senso di violazione di un privato, che si percepiva profondamente doloroso, potevano far sostare poco su alcune domande particolarmente intime. Talvolta le intervistate tendevano a soffermarsi su alcune domande con riflessioni che esulavano dalle risposte oppure riferendo in dettaglio le esperienze di abuso o violenza che avevano vissuto.

L'instaurarsi di un tipo di relazione proficua ha trovato terreno fertile essenzialmente con quelle persone che già erano in contatto a vari livelli con i propri vissuti, sia che fossero sul piano del maltrattamento, sia su quello di una erotizzazione precoce, oppure con quelle persone che avevano a pieno compreso il valore ultimo della ricerca. Il percepire la testimonianza come un'occasione unica per arricchire col proprio contributo la scelta delle politiche sociali a favore dell'infanzia ha determinato, infatti, nelle persone incontrate una forte determinazione a essere il più possibile partecipative.

Al termine delle interviste ci siamo chieste cosa portavamo a casa da questa esperienza di ricerca, cosa ci aveva lasciato questo lavoro. Le risposte che ci siamo date sono state molteplici: le emozioni degli incontri, la fatica di superare la diffidenza nelle persone contattate, la tristezza di storie tanto dolorose, la soddisfazione di aver saputo affrontare le difficoltà di una ricerca che ha imposto una riflessione continua sulla qualità del lavoro che andavamo svolgendo, senza dare per scon-

tate le nostre conoscenze pregresse sul tema e la nostra professionalità nel campo delle professioni di aiuto (tutto il gruppo delle ricercatrici era formato da psicologhe). Intervista dopo intervista abbiamo visto crescere il nostro bagaglio professionale, talvolta sorprendendoci per ciò che vi mettevamo dentro. Aprendolo, oggi, ci accorgiamo che è composto da tante voci, da racconti di tante storie, vecchie e nuove, talvolta narrate sottovoce, talvolta “affermate” al mondo, sempre cariche di emozioni, ricordi e pensieri.

L'inizio del lavoro è stato caratterizzato dall'ansia legata alla difficoltà di trovare persone disponibili a essere intervistate e dallo scoraggiamento che ci assaliva durante i primi incontri di supervisione e in occasione del monitoraggio periodico quando confrontavamo la facilità di comporre il campione per le interviste telefoniche rispetto alla diffidenza di chi contattavamo per le interviste dirette. Nel corso delle prime telefonate di campionamento, alcune intervistatrici sentivano di dover dare spiegazioni approfondite sui contenuti dell'intervista, anche su quelli relativi alle esperienze di violenza, sembrando difficile mantenere esclusivamente la focalizzazione sull'obiettivo di arrivare a fissare un appuntamento. Ciò però risultava poco efficace rispetto all'obiettivo prioritario di rassicurare sulla serietà del progetto e arrivare a fissare un incontro; tra l'altro ci siamo accorte che addentrarsi nei contenuti poteva creare disagio alla stessa ricercatrice, che rischiava di essere poco efficace.

Con il procedere del lavoro queste ansie sono in parte diminuite grazie a una maggiore consapevolezza della legittimità del lavoro che stavamo facendo e quindi la capacità di essere più assertive nel presentare il progetto e i suoi contenuti.

Ci siamo accorte di quanto le persone abbiano un gran bisogno di parlare, di argomentare e spiegare il perché delle proprie risposte; ci siamo confrontate con la nostra capacità di costruire in poco tempo una relazione di fiducia con una persona mai vista e di monitorare le reciproche reazioni ed emozioni. Sempre ci siamo domandate cosa lasciavamo alle persone che avevamo intervistato, in particolare quando gli eventi narrati erano molto dolorosi ed evidente la necessità di offrire anche uno spazio di contenimento pur restando dentro il ruolo di intervistatrice. Alcune di noi, specialmente dopo le prime interviste, si sono domandate quale diritto avevamo di riportare alla luce antiche ferite. In questi momenti capitava di sentirsi smarrite e a disagio, di sentire il bisogno forte di condividere le perplessità, i dubbi e le difficoltà, forse in parte sottovalutate.

La supervisione ha consentito di riflettere sulle nostre reazioni e sugli atteggiamenti delle persone intervistate, specialmente rispetto all'emergere iniziale di atteggiamenti normalizzanti (o al contrario di esasperazione del fatto), sia da parte dell'intervistata sia da parte del-

l'intervistatrice, atteggiamenti che potevano portare a sottovalutare elementi della narrazione utili per dare significato alle esperienze riferite. Inoltre, nella parte che approfondisce la storia di vita sul versante delle esperienze di abuso o maltrattamento, ci siamo rese conto che potevamo dover gestire la proiezione di vissuti antichi, per esempio, di imbarazzo, vergogna o rabbia da noi stesse riattivati attraverso la proposizione delle domande. È stato essenziale comprendere, e sempre ricordare, che le reazioni emotive riscontrate non erano necessariamente dirette in modo consapevole verso di noi quanto una reazione, e riattivazione, delle emozioni collegate agli eventi riferiti (per esempio, la riattivazione di figure persecutorie proiettate sulla ricercatrice).

La proiezione di vissuti poteva, infatti, indurci a vivere noi stesse come incapaci, come colpevoli di aver evocato ricordi o di non essere state sufficientemente brave e accoglienti nel condurre le domande e accogliere le risposte. Non è stato facile imparare a non lasciarsi catturare da questo riverbero emotivo perché si trattava di qualcosa che riemergeva dal passato e che solo raramente era riferibile al qui e ora dell'intervista.

La qualità emotiva della relazione tra ricercatrice e intervistatrice, inoltre, poteva mutare nel corso dell'intervista, perché talune domande elicitarono ricordi più intimi cui le persone potevano reagire con irrigidimenti e fastidio. Con l'esperienza abbiamo capito che potevamo dare un'interpretazione positiva a tali cambiamenti, come reazioni attive di riappropriazione di ruolo da parte dell'intervistata che in tal modo si ridefiniva nei nostri confronti, e tale reazione l'aiutava a contenere e controllare quanto era emerso e a chiudere il colloquio in modo accettabile.

Alla fine ci siamo accorte di aver composto un bagaglio davvero molto ricco e prezioso e di questo vogliamo ringraziare tutte e tutti coloro che ci hanno concesso un po' del loro tempo, che ci hanno aperto le porte dei loro ricordi e li hanno condivisi con noi, offrendoci una preziosa opportunità di crescita personale e professionale.

#### 4. La ricerca in Lombardia<sup>4</sup>

##### 4.1. Realizzazione della ricerca: organizzazione e contatti telefonici

Sin dall'inizio dell'indagine, nonostante la formazione ricevuta, o forse proprio grazie a questa, è stato necessario apportare dei cambiamenti nello staff con la sostituzione di alcune intervistatrici, in parte esito del forte impatto emotivo che la ricerca ha avuto nel gruppo delle ricercatrici.

Innanzitutto, ci si è dovuti confrontare con la reazione di forte diffidenza delle persone contattate telefonicamente, infatti, mentre è stato più semplice riuscire a incontrare la disponibilità delle persone

---

<sup>4</sup> A cura di Simona Agosti (ricercatrice, coordinatrice della ricerca in Lombardia).

per l'intervista telefonica, ci si è trovati spesso di fronte a un rifiuto alla proposta di incontrarsi per la somministrazione del questionario *face to face*.

Oltre alla diffidenza, come risulta dall'analisi delle schede di primo contatto, le persone che rifiutavano l'intervista con colloquio addicevano come seconda motivazione importante la mancanza di tempo. Solo in pochi casi la persona contattata ha dichiarato di non essere interessata ai contenuti dell'indagine. Per quanto riguarda i motivi del rifiuto si sono osservate delle differenze tra il campione femminile e quello maschile: la diffidenza, per esempio, è stata osservata soprattutto tra le donne mentre gli uomini hanno addotto come motivazione principale la mancanza di tempo.

È ragionevole pensare che alcune persone abbiano rifiutato l'intervista proprio per i contenuti della stessa: già nel corso della telefonata, infatti, l'intervistatrice spiegava che si trattava di una ricerca retrospettiva sui percorsi di vita delle persone con lo scopo di raccogliere importanti informazioni per migliorare le politiche e i programmi di intervento a favore dell'infanzia e prevenire le condizioni di pregiudizio.

#### 4.2. Le reazioni emotive nel gruppo delle intervistatrici

L'elevata percentuale di persone che non hanno dato la loro disponibilità è stata alla base di un forte vissuto di scoraggiamento nel gruppo delle intervistatrici. È stato quindi necessario organizzare immediatamente un incontro di supervisione con il supervisore regionale (il primo si è svolto a distanza di tre settimane dall'inizio della ricerca) per contenere le conseguenze che tali vissuti avrebbero potuto creare, prevenendo altri possibili abbandoni da parte delle ricercatrici. La prima supervisione è stata quindi un fondamentale momento di incontro, di condivisione e di scambio reciproco, luogo dove ogni ricercatrice ha portato le proprie difficoltà e i propri vissuti potendosi così confrontare con l'idea di non essere sola in questa crisi emotiva. Il primo bilancio ha fatto quindi notare la difficoltà nell'applicazione della metodologia di rilevazione, con la necessità di rinegoziare i tempi stabiliti per la conclusione della ricerca.

Tutte le intervistatrici hanno riferito che coloro che hanno dato la disponibilità per partecipare alla ricerca hanno poi dimostrato un atteggiamento collaborativo e interessato per tutta la durata del colloquio portando a termine l'intervista. Solamente in pochi casi le intervistatrici hanno incontrato persone che hanno tenuto un atteggiamento oppositivo. Le ricercatrici, inoltre, non hanno rilevato differenze significative tra il campione maschile e quello femminile.

Per quanto riguarda il luogo di incontro, coloro che hanno accettato di partecipare alla ricerca hanno preferito proporre loro il luogo dove incontrarsi per l'intervista, luogo vissuto probabilmente come più

familiare rispetto a un luogo proposto dalla ricercatrice. Le interviste sono state fatte in alcuni casi al parco, talvolta in un bar, altre volte sul posto di lavoro della persona intervistata (come per esempio in ufficio, in ospedale, in un'edicola, in portineria, a scuola, ecc.), qualche volta, invece, l'intervistatrice è stata invitata a casa. Solo una minima parte delle persone contattate ha scelto come luogo d'incontro l'abitazione della ricercatrice. Anche per le ricercatrici non è stato semplice andare a casa di persone sconosciute, si sa l'ignoto spaventa tutti, una preoccupazione rivelaasi ancora maggiore quando la persona da intervistare era un uomo.

Ogni intervistatrice era tenuta a compilare, al termine di ciascun questionario, una scheda di valutazione dell'intervista che forniva informazioni sull'andamento dell'incontro e su eventuali difficoltà incontrate nel corso del colloquio. Le ricercatrici hanno riferito di avere provato in alcune circostanze una sensazione di disagio nel proporre le domande del questionario relative alla violenza e di avere dovuto fronteggiare momenti di forte reazione emotiva.

Una volta superato lo scoglio dell'impatto emotivo connesso con la diffidenza telefonica delle persone, e iniziati i primi colloqui ci si è scontrati con altre difficoltà legate alla particolarità dell'oggetto d'indagine e alla specificità di alcune domande inerenti aspetti molto intimi e privati della vita delle persone. Mentre, infatti, la parte iniziale del questionario era composta da domande più generiche, sulla raccolta delle caratteristiche socioanagrafiche dei partecipanti, sul tipo e grado di istruzione, sulla vita lavorativa e familiare, più si entrava nel merito dell'intervista e più le domande diventavano personali, sullo stato di salute e sulla sessualità, fino ad arrivare alle sezioni dedicate alle esperienze pregresse di vittimizzazione sessuale, di mal-trattamento sia fisico che psicologico, alla trascuratezza e alla violenza assistita con domande specifiche sull'esperienza traumatica. È ormai noto, infatti, che tutti coloro hanno a che fare con persone che prendono contatto con la propria esperienza traumatica, vivono in prima persona emozioni particolarmente intense. Una rivelazione di abuso sessuale o di grave mal-trattamento è spesso sconvolgente per l'operatore che la raccoglie. Nel caso specifico della ricerca ci si è dovuti confrontare anche con il fatto che la rivelazione non nasceva spontanea ma era sollecitata dalle domande stesse che venivano fatte: spesso, infatti, ci si è trovati di fronte a persone che hanno riferito che era la prima volta che parlavano con qualcuno dell'esperienza subita, che proprio fino ad allora era rimasta segreta.

Come afferma J. Hermann (1992), nel suo libro *Trauma and Recovery*, il trauma è contagioso e le reazioni di controtransfert traumatico sono inevitabili. È quindi indispensabile riconoscere queste proprie reazioni controtransferali per evitare il rischio di entrare in cortocir-

cuito emotivo, venendo sopraffatti da reazioni di shock, di paura e di vuoto, o di reagire in modo evitante con incredulità e distanza o ancora di avere reazioni di coping aggressivo come per esempio di rabbia. La supervisione è stata a questo punto fondamentale per fronteggiare questo impatto emotivo.

Un'altra grossa difficoltà delle intervistatrici è emersa al momento di congedarsi a fine intervista, soprattutto quando emergevano racconti di condizioni di pregiudizio pregresse accompagnate da un'esplosività emotiva tipica di chi non ha elaborato il trauma, dove il racconto sembrava essere quello di un'esperienza ancora attuale. In un'occasione, per esempio, un'intervistatrice è rimasta per molto tempo a casa della persona intervistata, fino a tarda sera, poiché questa persona, dopo avere raccontato di episodi pregressi di pregiudizio, ha sentito una grossa necessità di parlarne a lungo. L'intervistatrice non è riuscita a congedarla velocemente ma ha capito che era importante accoglierne i ricordi e contemporaneamente offrirle uno spazio di contenimento: infatti, è proprio la percezione che quell'esperienza può essere ascoltata e accolta che favorisce il racconto da parte della vittima. L'intervistatrice ricorda di avere provato una sensazione di pienezza percepita una volta uscita da quella casa, e anche un vissuto di impotenza, pur sapendo che l'intervista era stata un'opportunità per quella donna di condividere con qualcuno tutta la sua profonda sofferenza.

In un'altra occasione, dopo una rivelazione di abuso sessuale subito da una signora da parte di uno zio in età molto precoce, abuso perpetrato per diverso tempo, l'intervistatrice si è trovata in difficoltà di fronte al rifiuto della persona intervistata di ricevere indicazioni rispetto a dei centri di consulenza dove eventualmente avrebbe potuto chiedere un supporto. La persona intervistata ha ritenuto inutile prendere nota di questi centri dicendo in modo rassegnato che ormai era passato molto tempo e che quindi, oggi, sarebbe stato inutile chiedere un supporto. In questa occasione l'intervistatrice ha preso contatto con un vissuto di irreparabilità, di totale mancanza di fiducia e di speranza in un futuro diverso e migliore. Le intervistatrici, quindi, hanno dovuto anche fare i conti con il fatto che stavano lavorando per un istituto di ricerca e che in quel momento si proponevano in qualità di ricercatrici e non in quanto professioniste della relazione di aiuto. Le ricercatrici hanno perciò dovuto imparare a tollerare che l'unico intervento possibile fosse quello di offrire un elenco di centri e di servizi dove queste persone avrebbero eventualmente potuto rivolgersi per chiedere un aiuto, qualora lo avessero ritenuto opportuno.

Un'ulteriore osservazione che può essere fatta dall'analisi del materiale è che alcune persone intervistate, che hanno rivelato di avere subito abusi sessuali nell'infanzia, si sono rifiutate di rispondere ad alcune domande relative all'esperienza subita, pur rimanendo poi disponi-

bili a rispondere alle domande successive del questionario. Raramente la persona intervistata ha interrotto il colloquio prima della conclusione, questo è comunque avvenuto in coincidenza con le domande relative alla sezione sulla violenza sessuale. È evidente, quindi, come la presa di contatto con la propria esperienza di vittimizzazione si sia rivelata per queste persone impossibile da tollerare e abbiano perciò immediatamente attivato meccanismi di evitamento e di fuga. In alcuni casi, invece, la persona incontrata non ha risposto a tutte le domande dicendo di non avere più tempo da dedicare all'intervista.

Sia nel corso dell'analisi dei questionari compilati, sia in occasione degli incontri di supervisione, è apparsa evidente la necessità di discutere e approfondire con le intervistatrici anche il significato di alcuni indicatori di maltrattamento, trascuratezza e violenza assistita inseriti nel questionario, a conferma dell'utilità di non considerare mai acquisita una volta per tutte la conoscenza delle dinamiche del maltrattamento poiché la comprensione del fenomeno deve essere oggetto di continui approfondimenti rispetto al proprio, anche ampio, bagaglio di esperienze e sapere professionali, e per verificare e contenere il rischio di reazioni difensive di minimizzazione o negazione come risposta a effetti di traumatizzazione secondaria sull'operatore che si occupa di questi problemi.

#### 4.3. Considerazioni conclusive

Tutte le intervistatrici che hanno partecipato alla ricerca in Lombardia hanno manifestato una grossa difficoltà relativamente al reperimento del campione tramite contatto telefonico e nella somministrazione del questionario, sebbene le persone rese disponibili siano state collaboranti.

Trattandosi di una ricerca retrospettiva e centrata soprattutto sulla rilevazione delle sfavorevoli esperienze infantili è stato quindi obbligatorio prevedere un'attenta e accurata formazione e supervisione delle intervistatrici. Questo perché, entrando in contatto con persone traumatizzate, le stesse intervistatrici avrebbero potuto vivere in prima persona emozioni particolarmente intense.

Tale esperienza è sicuramente stata preziosa poiché ha permesso innanzitutto la formazione di un gruppo che ha avuto la possibilità di fare importanti riflessioni sul fenomeno del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia e di acquisire più informazioni e una competenza più specifica. Attraverso la somministrazione del questionario a persone adulte si è potuto toccare con mano le conseguenze che esperienze di pregiudizio subite da piccoli lasciano a lungo termine e di quanto le emozioni a esse correlate riemergano in tutta la loro forza al riaffiorare del ricordo quando non c'è stata una rielaborazione del trauma.

Si ringraziano tutte le persone che hanno aderito alla ricerca, le ricercatrici e in particolare la dott.ssa Marinella Malacrea per la preziosa supervisione.

### Il filo dei ricordi

Entrando in casa della signora H. si sentiva un buon profumo di caffè e ancora il borbottio della moka. «Ne vuole una tazza?». Dopo i saluti di rito questa era stata la domanda con cui la signora mi aveva accolto. Era la prima volta che mi accadeva, dopo tanti contatti e incontri, che questo invito mi venisse rivolto in apertura, appena entrata. Generalmente questo momento di cordialità avveniva alla fine, dopo che la tensione calava, il cuore batteva più lentamente, i sorrisi erano più spontanei ed era svanita la sensazione che sotto sotto potesse esserci un imbroglio.

Ho voluto sempre condurre ogni incontro con molta discrezione, consapevole, non solo di entrare nelle case di persone che non mi conoscevano, ma anche di entrare, in qualche modo nelle loro vite.

È stato lampante osservare come le persone che mi hanno accolto fossero all'inizio timorose e restie e in seguito, pur diventando l'intervista più profonda, si fossero distese e rese disponibili alla possibilità di condividere pensieri, sensazioni, emozioni, anche molto forti, che le avevano viste protagoniste nei loro percorsi di vita.

Il profumo di quel caffè, intenso ma non così forte da nascondere altri, accompagnò quell'intervista, così come molti altri dettagli, colti nelle diverse realtà che ci hanno ospitato e hanno arricchito i racconti delle persone.

Ricordo ancora con piacere la cucina di una signora molto giovane, mamma di tre bambini, contraddistinta da un disordine "particolare", che non richiamava assolutamente la trascuratezza di una casa, anzi, dava l'idea di una "distrazione intenzionale". La signora mi aveva accolto con una dolce dichiarazione: «Non mi scuso nemmeno per il disordine; è spesso così... sa, quando inizio a giocare con i miei figli, il resto arriva dopo».

Ascoltando quelle parole avevo pensato alle persone incontrate che non avevano avuto la fortuna di questi bambini, che non avevano potuto condividere con i loro genitori alcuni momenti importanti come l'addormentamento o il tempo del gioco, e nei loro racconti spiccavano testimonianze a metà tra «era normale» e «ne ho sofferto».

Ci sono moltissime sfumature che questi incontri mi hanno lasciato, non solo come ricercatrice (e quindi sul piano puramente professionale), ma anche come persona: le emozioni provate, riconoscendo in alcune case profumi della mia infanzia; l'emozione nell'accogliere lacrime e racconti a volte molto dolorosi; le risate condivise per eventi buffi; il poter cogliere nei loro sguardi o nei sorrisi lo scorrere delle loro gioie e delle loro sofferenze; la cordialità inizialmente formale, trasformatasi poi in sentita riconoscenza; la resistenza di alcune di loro e la trasparenza di altre, che hanno messo nello spazio comune del nostro incontro segreti forse mai confidati a nessuno. Con alcune persone il saluto finale è stato frettoloso e sembrava tradurre il pensiero «per fortuna è finita», mentre con altre questo saluto sembrava non arrivasse mai e che il tempo si dilatasse, dentro strette di mano intense, pronto ad accogliere altre narrazioni, verbali e non-verbali.

Molte persone mi hanno ringraziato per aver potuto vivere l'esperienza dell'intervista ed erano compiaciute di aver ascoltato attentamente quella voce interna che, durante il contatto telefonico, le aveva spinte ad accettare l'incontro.

Il filo dei ricordi non è, quindi, solo la matrice dei percorsi di vita di queste persone ma anche tutte le memorie che io personalmente porto con me, ripensando a questo viaggio di incontri accaduti per caso. (Testimonianza di M.M.)

### 5. La ricerca in Puglia: oltre il primo incontro<sup>5</sup>

«Buongiorno, sono ... del Centro nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. Stiamo lavorando a un progetto in tutta Italia che riguarda l'infanzia. Lo stiamo facendo attraverso la somministrazione di un questionario sui percorsi di vita di noi adulti. Lei signora, è stata selezionata a partire da un campione estratto a caso per partecipare a questo progetto». Dall'altra parte del telefono: «tu-tu-tu»; «Non vogliamo comprare enciclopedie, tu-tu-tu...»; «Non ci interessa, tu-tu-tu...».

Per fortuna non è andata sempre così. Cercare di ripercorrere in poche righe cosa abbia rappresentato per noi ricercatrici il progetto *Percorsi di vita* non è semplice: è stata, infatti, un'esperienza densa di significati emotivi e professionali, ma anche – inutile negarlo – faticosa.

Cercherò di riferire alcune impressioni e qualche interrogativo che sono emersi nel corso del lavoro di ricerca, appassionante e impegnativo. Sono riflessioni che nascono da considerazioni empiriche, basate soprattutto sull'esperienza di un'intervistatrice che aspetta con impazienza di trovare un riscontro nell'elaborazione dei dati. Iniziamo a parlare delle difficoltà incontrate, sono state diverse e fra queste una in particolare: trovare qualcuno disposto a raccontarsi e a confrontarsi con noi, persone fino al quel momento assolutamente sconosciute. Diffidenza, mancanza di tempo, disinteresse, ma anche scetticismo, sono state le motivazioni più frequenti del rifiuto. Molto più facile è stato ottenere la disponibilità a sottoporsi all'intervista direttamente per telefono, ma questa opzione veniva proposta soltanto quando il rifiuto di incontrarci appariva insormontabile.

Vorrei sottolineare subito una prima impressione: il contatto diretto si è rivelato più efficace nello stimolare il racconto della violenza subita rispetto al rapporto telefonico; in quest'ultimo caso, inevitabilmente, andavano dispersi quei segnali extraverbali significativi per una comunicazione empatica più pregnante.

Una domanda che mi sono spesso posta si riferiva all'identikit dell'intervistato: chi accettava di farsi intervistare e, soprattutto, perché? Forse qualcuno che aveva voglia di parlare, oppure chi voleva avere l'occasione di confrontarsi sulla storia della propria vita, o ancora chi era semplicemente incuriosito dalla proposta. Le interviste seguivano di solito un copione: superato il momento più delicato dell'avvio, con-

---

<sup>5</sup> A cura di Giulia Abruzzese (ricercatrice).

traddistinto soprattutto da reticenza e riluttanza, dovuta indubbiamente anche a una situazione di per sé insolita, si notava inaspettatamente da parte di molte persone il bisogno di raccontarsi, anche se si rievocavano esperienze traumatiche. Quello che ha stupito – una sensazione provata da molte ricercatrici – è che nella maggior parte dei casi non è stato difficile sollecitare la narrazione da parte degli intervistati. Piuttosto, è emerso un altro problema: la necessità di avere a disposizione più tempo per l'ascolto, rispetto a quello previsto. Questo elemento, infatti, si è rivelato fondamentale per l'instaurarsi di una relazione significativa, soprattutto nei casi in cui veniva rivelato un abuso. Non escludo che se avessimo avuto più tempo a disposizione, forse sarebbero emersi un maggior numero di violenze subite.

L'intervista strutturata si è dimostrata uno strumento prezioso ed efficace ai fini della ricerca; in alcune parti offriva ai soggetti la possibilità di raccontarsi liberamente, in altre era necessario rispondere a precise domande. L'organizzazione dell'intervista, che partiva dalla raccolta di informazioni anagrafiche, per passare a quelle lavorative, poi familiari e infine storiche, ha permesso di entrare gradualmente nel mondo affettivo dell'intervistato.

La diffusione delle varie forme di violenza sui minori è emersa inequivocabilmente, così come è affiorato un inesorabile tabù su questi temi. Questa resistenza nel raccontarsi trovava terreno fertile in un'altra costante riscontrata: le intervistate che hanno riferito di abusi sessuali e di altre forme di mal-trattamento subite, raramente si erano rivolte ai servizi, di cui spesso non conoscevano nemmeno l'esistenza, da qui il senso di isolamento e solitudine. A volte emergevano rabbia e risentimento, perché nessuno riusciva a intercettare i segnali che comunque venivano inviati. Alla rabbia si accompagnava la vergogna e la scarsa fiducia nei *caregiver*. Insomma, le persone da cui si aspettavano aiuto e protezione erano latitanti, i servizi istituiti per fornire relazioni d'aiuto erano sconosciuti. Da qui due brevi considerazioni: le prime dovrebbero essere più attente e disponibili, i secondi dovrebbero essere più presenti e farsi conoscere.

La rievocazione di traumi infantili provocava inevitabilmente un forte coinvolgimento emotivo nelle persone intervistate, ma a volte emergeva anche il desiderio di liberarsi del peso di questo ricordo doloroso. In questi casi, ad alcune persone l'intervista ha fornito l'occasione di rivelare per la prima volta l'abuso subito. Nel prosieguo della ricerca questa rivelazione, che all'inizio mi sembrava sorprendente, diventava sempre più "regolare", mi meravigliava sempre meno.

Una signora, residente in un quartiere periferico, è stata la prima donna che ho intervistato. Mi ha raccontato dell'abuso sessuale subito a opera di uno zio, una persona "normale", lavoratore, sposato e con figli, da cui si era trasferita per un breve periodo e che poi, una

volta tornata a casa, ha continuato a incontrare nelle ricorrenze familiari, come se niente fosse successo. All'epoca aveva sette-otto anni, oggi quasi 50: non ne aveva mai parlato con qualcuno. Questa stessa signora, alla fine del nostro incontro, mi ha detto, sorridendo amaramente, che il raccontarsi l'aveva fatta riflettere. Congedandomi disse: «Quel periodo non è stato, come credevo, una parentesi della mia vita, un ricordo vergognoso e sgradevole da tenere nascosto. Questa cosa ha a che fare con me, con la mia storia, il mio carattere, le mie scelte».

E così mi rendevo conto di come un'esperienza così traumatica possa legarsi a carnefici "normali" e a vittime "normali", che vivono una vita "normale", pur essendo profondamente segnate da questa esperienza.

Un breve accenno alle differenze riscontrate nell'intervistare donne e uomini: sono emersi non solo la desuetudine di questi ultimi a raccontarsi e a parlare delle proprie emozioni, ma anche l'imbarazzo e la vergogna nel riferire delle violenze sessuali subite durante l'infanzia. Cosa significa? Che la violenza subita dalle donne è più "normale"? In realtà è molto più frequente. Gli uomini evidentemente vivono peggio questa diversità, perché è statisticamente meno significativa.

Emblematica è la storia di un uomo di 50 anni che prima di accettare l'intervista ha fatto le sue scrupolose verifiche sulla sottoscritta e sul Centro nazionale. Non si fidava, voleva accertarsi con chi aveva a che fare, decidere se era il caso di esporsi e valutare se sarebbe servito a qualcosa. Lui era stato per anni abusato da un amico di famiglia, persona conosciuta nel paese, «un brav'uomo, forse un po' strano...». Questo uomo lo si vedeva spesso in compagnia di bambini. «L'orco cattivo non esiste» – mi ha spiegato – «o almeno quello che ho incontrato non si presentava così, era un signore gentile». Con evidente difficoltà mi ha raccontato la sua storia: di come, da bambino, si sia sentito speciale per quel rapporto particolare con quella persona più grande, che lo ricopriva di "attenzioni" e di piccoli regali e del fatto che molto spesso era lui stesso a cercarlo. Mi ha parlato di come abbia intuito l'equivoco, di come abbia percepito l'eliminazione dei "normali" confini generazionali in questa esperienza, della confusione sulla sua sessualità e sulla sua identità di genere e della vergogna che ha sempre provato; proseguendo la sua narrazione mi ha detto che a scuola aveva ottenuto scarsi risultati a causa delle difficoltà di attenzione e concentrazione incontrate nello studio. Aveva intrapreso fin da giovane un lavoro che detestava, che però aveva portato avanti fino al giorno della pensione, abituato com'era a essere vittima. Aveva trascorso lunghi e ricorrenti periodi di depressione e si era sposato. Uno dei periodi più penosi, mi ha ripetuto, è stato quello in cui ha dovuto decidere se poteva o meno permettersi di diventare un papà.

Il più grande dono offerto da questo uomo è stato quello di non risparmiarsi: non mi ha raccontato soltanto la sua storia, mi ha dato anche la possibilità di capire che cosa gli era successo e che cosa rappresentava per lui un gesto assolutamente tenero e normale, come la carezza di un padre a un figlio. Ha aggiunto che la psicoterapia lo ha aiutato, oggi sta meglio e ha due splendidi figli, ma «sarebbe stato meglio che in quel periodo, a scuola, qualcuno avesse fatto qualcosa... prestando un po' d'attenzione. I segni del disagio c'erano tutti; non hanno voluto guardare e hanno semplicemente girato la testa. Ha mai notato, gentile dottoressa, la distanza che c'è tra lo stupore e il raccapriccio scatenati dai fatti di cronaca relativi a questi argomenti e l'assoluta indifferenza per ciò che giornalmente accade? Lei come se lo spiega? Dov'erano allora gli adulti che dovevano proteggermi?».

La maggior parte degli intervistati ha fatto riferimento alla scuola come luogo privilegiato in cui affrontare ed elaborare questi temi, ma ha anche puntato il dito contro un'occasione, per loro, perduta. Il signore che citavo prima mi ha detto che si occupa ancora di "abuso all'infanzia" attraverso la poesia e la realizzazione di progetti per le scuole, attuati dall'associazione culturale di cui oggi fa parte.

Il bisogno di essere – e sentirsi – protetti da parte degli adulti di riferimento, identificati innanzitutto negli insegnanti, destinatari di messaggi in codice che non vengono mai decifrati: questa è l'amara considerazione comune a molti intervistati.

Mi sono anche chiesta quale tipo di relazione io abbia instaurato con queste persone. Per alcune il raccontare di sé a una estranea che non avrebbero più rivisto ha favorito una maggiore apertura. Avevano bisogno di uno specchio, dove riflettere i propri vissuti, ma anche di un altro sguardo che condividesse questa riflessione. Avevano bisogno di vedere riconosciute e comprese le emozioni legate a determinati ricordi. È stata per loro un'esperienza dolorosa, ma a tratti catartica e liberatoria.

Alcuni sembravano sollevati al termine dell'intervista e accettavano la brevità della relazione, altri non volevano accettare questo limite temporale e non volevano chiudere la porta: congedarsi è stato difficile, una piccola violenza, su di loro, e su di me. In alcuni casi sono state fornite informazioni sui servizi in cui proseguire il percorso che era stato aperto, in altri casi gli intervistati hanno chiesto di mantenere un canale comunicativo con noi intervistatrici.

Avevamo scoperchiato il vaso di Pandora, e non potevamo pretendere di richiuderlo seguendo i nostri tempi. I tempi dell'abuso meritano un'attenzione diversa. Molte volte chiudere la porta non è stato facile nemmeno per me; del dolore e delle sofferenze riportatemi non sapevo né come liberarmene né come trasformare. Credo che per noi ricercatrici sia stato fondamentale, durante l'indagine, il costante contatto che

abbiamo intrattenuto. Ognuna di noi è diventata una risorsa importante per l'altra grazie alla possibilità di raccontare i nostri incontri, di confrontarci, di farci, in breve, da reciproco contenitore emotivo.

Continuo a chiedermi che cosa abbia rappresentato per me questa esperienza. Non è facile trovare una risposta esauriente, ne ho tante. Mi sono sentita parte di un ingranaggio, strumento di una rilevazione importante, ma nello stesso tempo è stato necessario fare i conti con la risonanza emotiva che ogni intervista puntualmente provocava. Ho incontrato tante persone diverse ed è come se nel contempo mi avessero arricchito e profondamente provato.

Nei primi tempi la sensazione che prevaleva era una confusa combinazione di incredulità e rifiuto nell'accettare che tante esperienze d'abuso e maltrattamento avessero potuto consumarsi nella vita di così tante persone. L'abuso all'infanzia è un «fenomeno diffuso e trasversale», come ho letto e sentito dire spesso nei convegni. È vero: tocca tutte le fasce sociali, dalle più agiate a quelle più abbienti, da quelle più colte a quelle meno istruite; l'ho verificato personalmente.

E tutti si ponevano la stessa inquietante domanda: che cosa fare di questo dolore? Di fronte a simili tragedie, ho imparato a ridimensionare i miei ricordi dolorosi, ma che ne sarà del dolore delle vittime che ho incontrato?

Sono grata a chi ha voluto condividere con me la propria storia, raccontando a volte i segreti più profondi, a chi, nonostante il trauma subito, ha provato nuovamente a fidarsi e ha avuto il coraggio di mostrarmi il proprio dolore. Quello che mi torna in mente spesso, dopo aver fatto i conti con il mio coinvolgimento emotivo, sono gli effetti a lungo termine che le esperienze di abuso infantile hanno nella vita delle persone. Sapevo che l'abuso mina profondamente la personalità di un individuo e che gli effetti sono presenti nelle loro scelte di vita, nella loro professione, nei loro hobby, nei loro interessi, nel loro modo di essere coniuge o essere genitore, ma adesso per me tutto questo ha un volto e mi ricorda una storia ben precisa.

Un'altra considerazione: nonostante si siano fatti importanti passi avanti nella sensibilizzazione dell'opinione pubblica, questo argomento è ancora un tabù. Un tabù molto diffuso, che si riscontra "normalmente" nella vita di ognuno, non soltanto nelle vittime. Ma probabilmente è proprio la "normalità" di questo tabù che, paradossalmente, genera l'abuso.

Nel corso dell'indagine ero ben cosciente della finalità della ricerca, ma sentivo nascere in me un senso di responsabilità nei confronti degli intervistati: non volevo far cadere nel vuoto le loro confidenze e i loro ricordi. Dovevo essere in grado quantomeno di accoglierli, e nello stesso tempo riuscire a dare un senso a quel breve e intenso tempo trascorso insieme.

Per concludere, voglio segnalare un timore, una velleità e una speranza.

Il timore è quello di essere state nuovamente fonte di delusione e negligenza, quelle stesse sensazioni che gli intervistati avevano già sperimentato più volte nella relazione con gli adulti di riferimento e con le istituzioni a cui avevano lanciato inutili richieste di protezione. La velleità: essere state lo spunto per nuove riflessioni, un piccolo passo per l'avvio di un percorso che alcune persone avevano voluto aprire con noi. La speranza, condivisa con le altre ricercatrici della mia regione, è quella di esserci riuscite.

## La valutazione dell'intervista da parte delle donne contattate

*Se ricordo chi fui, diverso mi vedo,  
e il passato è il presente della memoria...*  
Fernando Pessoa (dalle *Odi di Riccardo Reis*)

Data la particolarità dei temi trattati, si è giudicato utile verificare la qualità dell'interazione e come erano state percepite le domande proposte nel corso dell'incontro perciò alle donne interviste è stata somministrata una scheda di valutazione dell'intervista, che ognuna di loro ha compilato e riposto in una busta chiusa, riaperta solo al momento dell'immissione dei dati allo scopo di assicurare un certo grado di riservatezza all'opinione espressa sul clima dell'intervista e su come aveva vissuto la relazione con la ricercatrice.

Le informazioni raccolte completano le considerazioni elaborate da alcune ricercatrici, offrendo un quadro tutto sommato positivo del rapporto instauratosi.

Appare evidente che la curiosità e l'interesse verso una ricerca finalizzata a delineare nuovi, possibili percorsi di intervento per la prevenzione del disagio di bambini e bambine sono stati due elementi che hanno assunto una funzione chiave nel determinare la disponibilità delle donne all'intervista: il 38,4% si è avvicinata mossa dall'interesse e il 16,5% dalla curiosità.

Altre donne hanno scelto aggettivazioni più legate all'espressione del loro stato emotivo per qualificare il modo con il quale hanno affrontato l'incontro: il 17,5% si sentiva a proprio agio, il 14,9% tranquilla. Vissuti negativi o ambivalenti ricorrono poco: il 4,4% era imbarazzata all'inizio dell'incontro, il 3,9% era a disagio e diffidente il 2,7%.

Ma in quale clima si è sviluppato il dialogo tra donna e ricercatrice? I giudizi finali si modificano in una direzione nettamente positiva e si coglie il riverbero emotivo dei temi personali proposti: il 36,5% delle donne conclude l'incontro tranquillizzata o a proprio agio, 27%. Si stemperano il disagio, l'imbarazzo e la diffidenza, ma qualche donna chiude l'incontro confusa (1,5%) o annoiata (0,6%).

Si è cercato di capire anche in quale direzione si sono mossi i vissuti delle donne che avevano affrontato la ricercatrice in modo un po' incerto:

- il 60% delle donne che si sentivano imbarazzate giunge in fondo tranquillizzata o a proprio agio;
- un disagio generico iniziale si supera: il 42% che esce più sereno,

una parte vira verso l'interesse al tema, mentre solo il 23% rimane ferma su sentimenti di disagio;

- anche due terzi delle diffidenti si rasserenano chiudendo l'intervista tranquilla e senza alcun disagio.

Chi ha condotto l'incontro è stata certamente capace di accogliere e rassicurare l'interlocutrice, come confermano i risultati delle valutazioni poiché ben l'80% delle donne percepisce la ricercatrice come una persona disponibile e collaborativa, insomma capace di ascoltare.

Solo l'1% delle risposte offre un giudizio negativo, raffigurando l'operatrice come frettolosa, diffidente o aggressiva. In molti casi l'operatrice risulta gentile, simpatica, professionale.

Le domande proposte hanno favorito riflessioni nuove attorno al problema della prevenzione del disagio e dei maltrattamenti sui bambini e a temi che investono da vicino la vita delle donne (violenze in età adulta, rapporto con il mondo del lavoro)? In questo senso l'intervista sembra essere stata un'occasione utile per l'80% del campione.

Nella ricerca sociale che utilizza tecniche di indagine basate sulle storie di vita, la diaristica e le interviste qualitative in profondità si riscontra sovente che le persone coinvolte traggono un'utilità personale dalla partecipazione all'indagine poiché questa può offrire loro l'opportunità per ricomporre frammenti e percorsi della vita, scoprire nessi e collegamenti, riflettere su esperienze accantonate a parte nella memoria. Il raccontarsi nel corso dell'intervista diventa spesso una rara occasione di spazio e di tempo per sé.

Scriva Duccio Demetrio in *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé* (Milano, Cortina, 1996, p. 34):

C'è un'adulità cognitiva quando, insomma ci guardiamo dall'alto: ci osserviamo come un paesaggio affatto ordinato dove, in quanto autori, stabiliamo simmetrie e asimmetrie, zone oscure o chiarificate, picchi o pianure, vie maestre o sentieri. Non è questo, evidentemente un rassicurante mosaico; non sempre le figure emergono evidenti. È però un tentativo della mente di trovare, in questi paesaggi, un punto, un'ansa, un miscuglio (anche) al quale ancorarsi. Almeno per qualche istante, tra giochi della memoria e riflessioni sul senso degli accadimenti.

Senza la pretesa di ritenere che l'intervista proposta abbia potuto assolvere a finalità tanto complesse, tuttavia le restituzioni avute direttamente dalle ricercatrici, tante volte ringraziare dalle persone che avevano incontrato, e l'analisi delle schede lasciano pensare che per alcune il dialogo sia stato uno stimolo a "guardarsi dall'alto" in rapporto alle proprie esperienze: per circa il 50% delle donne l'intervista ha consentito, infatti, di pensare a situazioni della propria vita sulle quali non aveva mai riflettuto in precedenza e scoprire connessioni tra eventi dell'infanzia e aspetti della condizione attuale.

## I dati\*

## 1. I principali risultati

Tavola 1.1 - Donne secondo il percorso di vita dichiarato

Donne	%
Nessuna esperienza riferibile ad abuso sessuale e mal-trattamenti (No esperienze sfavorevoli infantili - ESI)	26,4
Solo abuso sessuale	5,9
Solo mal-trattamenti (mal-trattamento fisico, psicologico, trascuratezza, violenza assistita)	49,6
Forme multiple di ESI (abuso sessuale e mal-trattamenti)	18,1
<i>n.r.</i>	
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

Tavola 1.2 - Donne con esperienza di mal-trattamenti o abuso secondo il percorso di vita dichiarato

Esperienza di	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Abuso	24,4	–	75,6	100,0
Mal-trattamenti	–	73,2	26,8	100,0

Tavola 1.3 - Donne secondo la nazionalità ed il percorso di vita dichiarato

Nazionalità	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Italiana	27,0	5,7	49,3	18,0	100,0
Straniera	18,1	9,7	48,6	23,6	100,0
di cui					
comunitaria	35,3	17,6	29,4	17,6	100,0
extracomunitaria	12,7	7,3	54,5	25,5	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

\* Chiara Barlucchi, metodologa della ricerca, Enrico Moretti e Marco Zelano, statistici, Istituto degli Innocenti.

**Tavola 1.4 - Donne secondo alcune classi d'età ed il percorso di vita dichiarato**

Nazionalità	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Da 19 a 32	32,6	4,4	43,8	19,2	100,0
Da 33 a 46	26,5	7,6	45,4	20,5	100,0
Da 47 a 60	22,3	5,2	57,3	15,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

## 2. I principali risultati sull'abuso sessuale

**Tavola 2.1.a - Donne con esperienza di abuso secondo il numero di episodi di abuso ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

N° di episodi di abuso	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Totale
1	26,7	73,3	100,0
2	26,2	73,8	100,0
3	20,0	80,0	100,0
4 e oltre	14,8	85,2	100,0

**Tavola 2.1.b - Donne con esperienza di abuso secondo il numero di episodi di abuso ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

N° di episodi di abuso	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Totale
1	59,7	53,1	54,7
2	23,9	21,7	22,3
3	9,7	12,6	11,9
4 e oltre	6,7	12,6	11,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 2.2.a - Donne con esperienza di abuso secondo la gravità dell'abuso ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Gravità dell'abuso	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Totale
Lieve	28,2	71,8	100,0
Moderato	24,5	75,5	100,0
Grave	13,9	86,1	100,0

**Tavola 2.2.b - Donne con esperienza di abuso secondo la gravità dell'abuso ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Gravità dell'abuso	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti
Lieve	45,2	37,4
Moderato	47,4	47,6
Grave	7,4	15,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

### 3. I principali risultati sul mal-trattamento

**Tavola 3.1.a - Donne con esperienza di mal-trattamento secondo il numero di episodi di mal-trattamento ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

N° di episodi di mal-trattamento	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
1	78,9	21,1	100,0
2	78,4	21,6	100,0
3	72,7	27,3	100,0
4	76,3	23,7	100,0
5	67,4	32,6	100,0
6	64,9	35,1	100,0
7	55,3	44,7	100,0
8 e oltre	65,9	34,1	100,0

**Tavola 3.1.b - Donne con esperienza di mal-trattamento secondo il numero di episodi di mal-trattamento ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

N° di episodi di mal-trattamento	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
1	23,8	17,4	22,1
2	19,5	14,7	18,3
3	17,1	17,6	17,2
4	15,1	12,8	14,5
5	8,0	10,6	8,7
6	5,5	8,2	6,3
7	3,7	8,2	4,9
8 e oltre	7,3	10,4	8,1
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 3.2.a - Donne con esperienza di mal-trattamento secondo la gravità del mal-trattamento ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Gravità mal-trattamento	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Lieve	76,4	23,6	100,0
Moderato	69,4	30,6	100,0
Grave	38,9	61,1	100,0

**Tavola 3.2.b - Donne con esperienza di mal-trattamento secondo la gravità del mal-trattamento ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Gravità mal-trattamento	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI
Lieve	75,0	63,5
Moderato	23,0	27,8
Grave	2,0	8,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

#### 4. Le caratteristiche delle donne secondo il percorso di vita dichiarato

**Tavola 4.1.a - Donne secondo lo stato civile ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Stato civile	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Coniugata	26,1	5,4	49,8	18,6	100,0
Libera/nubile	30,7	4,4	48,3	16,6	100,0
Vedova	22,7	7,2	56,7	13,4	100,0
Separata	21,2	11,7	44,5	22,6	100,0
Divorziata	14,6	12,2	58,5	14,6	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.1.b - Donne secondo lo stato civile ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Stato civile	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Coniugata	0,0	64,2	69,8	71,1	69,4
Libera/nubile	20,9	13,4	17,5	16,4	17,9
Vedova	3,6	5,2	4,9	3,1	4,2
Separata	4,8	11,9	5,4	7,5	6,0
Divorziata	1,0	3,7	2,1	1,4	1,8
<i>n.r.</i>	0,8	1,5	0,4	0,5	0,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.2.a - Donne secondo la composizione del nucleo familiare ed il percorso di vita dichiarato**

Componenti il nucleo	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Coniuge	26,3	5,6	49,7	18,4	100,0
Figlio/i	26,9	6,1	48,2	18,8	100,0
Convivente	23,3	7,2	56,0	13,5	100,0
Madre	32,0	5,8	47,6	14,6	100,0
Padre	30,8	6,0	49,8	13,4	100,0
Altri parenti	29,7	6,8	53,5	10,0	100,0
Vivo da sola	20,5	7,2	51,4	20,9	100,0
Altro	24,7	5,5	51,4	18,4	100,0

**Tavola 4.2.b - Donne secondo la composizione del nucleo familiare ed il percorso di vita dichiarato (risposte multiple)**

Componenti il nucleo	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI
Coniuge	69,7	66,1	69,9	70,4
Figlio/i	69,8	70,7	66,4	70,8
Convivente	3,1	4,3	4,0	2,6
Madre	19,2	15,4	15,2	12,7
Padre	15,1	13,2	13,0	9,6
Altri parenti	3,4	3,5	3,3	1,7
Vivo da sola	4,1	6,4	5,4	6,0
Altro	6,6	6,6	7,3	7,2

**Tavola 4.3.a - Donne secondo l'eventuale presenza di figli ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Presenza di figli	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	25,2	5,9	50,4	18,6	100,0
No	30,0	6,0	47,4	16,6	100,0
<i>n.r.</i>	26,4	5,9	49,6	18,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.3.b - Donne secondo l'eventuale presenza di figli ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Presenza di figli	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	74,1	77,6	78,9	79,8	77,7
No	24,2	21,6	20,4	19,5	21,3
<i>n.r.</i>	1,7	0,7	0,7	0,7	1,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.4.a - Donne secondo alcune classi d'età del figlio maggiore ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Classi d'età	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
0-4 anni	26,3	5,3	52,6	15,8	100,0
5-9 anni	29,3	8,6	30,2	31,9	100,0
10-14 anni	30,1	7,0	46,9	16,1	100,0
15-17 anni	25,0	7,3	41,7	26,0	100,0
18-25 anni	21,5	4,7	54,8	19,0	100,0
Oltre 26 anni	18,2	5,1	63,3	13,5	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.4.b - Donne secondo alcune classi d'età del figlio maggiore ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Classi d'età	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
0-4 anni	3,6	2,9	3,1	2,8	3,2
5-9 anni	12,3	14,7	5,5	17,1	9,7
10-14 anni	15,5	14,7	10,5	10,6	11,9
15-17 anni	8,7	10,3	6,3	11,6	8,0
18-25 anni	21,7	19,1	23,9	24,5	23,3
Oltre 26 anni	32,1	36,8	48,5	30,6	40,8
<i>n.r.</i>	6,1	1,5	2,2	2,8	3,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.5.a - Donne secondo il titolo di studio ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Titolo di studio	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Nessun titolo	18,9	0,0	81,1	0,0	100,0
Licenza elementare	17,0	4,1	64,2	14,7	100,0
Licenza di scuola media inferiore	23,4	4,8	53,4	18,4	100,0
Licenza di scuola professionale	34,1	7,2	42,0	16,7	100,0
Licenza di scuole media superiore	30,1	7,2	42,5	20,2	100,0
Diplomi parauniversitari/ Laurea breve	23,9	10,9	37,0	28,3	100,0
Diploma di laurea	33,8	5,6	41,5	19,0	100,0
Post-Lauream	7,4	0,0	66,7	25,9	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.5.b - Donne secondo il titolo di studio ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Titolo di studio	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Nessun titolo	1,7	0,0	3,8	0,0	2,3
Licenza elementare	11,1	11,9	22,3	14,0	17,2
Licenza di scuola media inferiore	20,2	18,7	24,5	23,2	22,8
Licenza di scuola professionale	15,6	14,9	10,2	11,1	12,1
Licenza di scuole media superiore	40,9	44,0	30,8	40,1	35,9
Diplomi parauniversitari/ Laurea breve	1,8	3,7	1,5	3,1	2,0
Diploma di laurea	7,9	6,0	5,2	6,5	6,2
Post-Lauream	0,3	0,0	1,6	1,7	1,2
<i>n.r.</i>	-	-	-	-	0,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.6.a - Donne secondo l'eventuale interruzione degli studi ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Interruzione degli studi	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	22,3	5,5	52,0	20,2	100,0
No	28,5	6,2	47,7	17,6	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.6.b - Donne secondo l'eventuale interruzione degli studi ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Interruzione degli studi	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	24,7	27,6	30,7	32,5	29,3
No	74,3	72,4	66,3	67,0	68,9
<i>n.r.</i>	1,0	0,0	3,0	0,5	1,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.7.a - Donne che hanno interrotto gli studi secondo il motivo ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Motivo di interruzione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Ripetizione di anni scolastici a causa di abbandoni o bocciature	30,4	4,7	41,2	23,6	100,0
Indecisione su quale percorso di studi fare dopo il Diploma	18,5	11,1	48,1	22,2	100,0
Necessità di andare a lavorare per contribuire al reddito familiare	23,1	7,7	57,7	11,5	100,0
Scelta di andare a lavorare per provvedere alle proprie esigenze	24,7	6,7	43,8	24,7	100,0
I miei genitori non desideravano che proseguissi negli studi	6,6	0,0	83,6	9,8	100,0
I miei genitori mi hanno spinto a scegliere un percorso di studio che non mi interessava senza lasciarmi scegliere	7,1	7,1	57,1	28,6	100,0
Problemi familiari	19,0	4,8	42,9	33,3	100,0
Gravidanza/matrimonio	22,2	6,7	51,1	20,0	100,0
Altro	20,5	3,4	51,3	24,8	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.7.b - Donne che hanno interrotto gli studi secondo il motivo ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Motivo di interruzione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Ripetizione di anni scolastici a causa di abbandoni o bocciature	29,0	18,4	16,0	25,4	20,8
Indecisione su quale percorso di studi fare dopo il Diploma	3,2	7,9	3,4	4,3	3,8
Necessità di andare a lavorare per contribuire al reddito familiare	19,4	26,3	19,6	10,9	18,2
Scelta di andare a lavorare per provvedere alle proprie esigenze	14,2	15,8	10,2	15,9	12,5
I miei genitori non desideravano che proseguissi negli studi	2,6	0,0	13,4	4,3	8,6
I miei genitori mi hanno spinto a scegliere un percorso di studio che non mi interessava senza lasciarmi scegliere	0,6	2,6	2,1	2,9	2,0
Problemi familiari	2,6	2,6	2,4	5,1	2,9
Gravidanza/matrimonio	6,5	7,9	6,0	6,5	6,3
Altro	15,5	10,5	15,7	21,0	16,4
<i>n.r.</i>	6,5	7,9	11,3	3,6	8,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.8.a - Donne mai abusate e mai mal-trattate secondo alcune situazioni di ambito scolastico**

Situazioni	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Totale
Mi concentravo con molta difficoltà	34,7	23,1	31,2	9,9	1,1	100,0
Mi vergognavo a parlare davanti agli altri/a partecipare alle attività di gruppo	40,9	22,3	24,8	8,5	3,5	100,0
Mi sentivo isolata rispetto ai miei compagni	64,3	20,6	11,5	2,7	0,9	100,0
Ero incapace di difendermi dalle aggressioni verbali o fisiche dei compagni di scuola	63,7	17,1	11,4	5,0	2,8	100,0
Mi capitava di litigare o di fare a botte con i miei compagni	70,0	17,9	10,6	1,5	0,0	100,0
Non avevo problemi a programmare in quale ordine dovevo svolgere i compiti e le attività	28,0	9,8	19,5	18,5	24,2	100,0
Mi vergognavo a partecipare alle attività sportive	65,4	15,8	11,3	5,5	2,0	100,0
Andare a scuola mi sembrava una gran perdita di tempo	73,8	13,0	10,8	1,8	0,6	100,0
Mi ribellavo alla disciplina e all'autorità degli insegnanti	73,4	12,9	11,1	2,6	0,0	100,0
Mi assentavo da scuola senza una ragione	75,0	11,3	12,3	1,3	0,1	100,0

**Tavola 4.8.b - Donne abusate e mai mal-trattate secondo alcune situazioni di ambito scolastico**

Situazioni	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Totale
Mi concentravo con molta difficoltà	31,2	26,1	26,6	16,1	0,0	100,0
Mi vergognavo a parlare davanti agli altri/a partecipare alle attività di gruppo	36,9	18,2	26,6	10,7	7,6	100,0
Mi sentivo isolata rispetto ai miei compagni	49,4	20,0	21,6	7,1	1,9	100,0
Ero incapace di difendermi dalle aggressioni verbali o fisiche dei compagni di scuola	49,6	22,1	19,3	5,2	3,8	100,0
Mi capitava di litigare o di fare a botte con i miei compagni	62,0	19,7	16,1	2,2	0,0	100,0
Non avevo problemi a programmare in quale ordine dovevo svolgere i compiti e le attività	22,8	14,4	18,9	14,9	29,0	100,0
Mi vergognavo a partecipare alle attività sportive	68,2	14,7	9,7	3,8	3,6	100,0
Andare a scuola mi sembrava una gran perdita di tempo	71,2	8,5	16,0	2,4	1,9	100,0
Mi ribellavo alla disciplina e all'autorità degli insegnanti	68,9	6,4	19,7	5,0	0,0	100,0
Mi assentavo da scuola senza una ragione	73,2	16,4	9,6	0,8	0,0	100,0

**Tavola 4.8.c - Donne mal-trattate e mai abusate secondo alcune situazioni di ambito scolastico**

Situazioni	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Totale
Mi concentravo con molta difficoltà	33,5	21,2	29,8	13,6	1,9	100,0
Mi vergognavo a parlare davanti agli altri/a partecipare alle attività di gruppo	40,4	15,8	24,6	14,5	4,7	100,0
Mi sentivo isolata rispetto ai miei compagni	60,3	17,2	15,5	5,8	1,2	100,0
Ero incapace di difendermi dalle aggressioni verbali o fisiche dei compagni di scuola	59,0	17,5	16,5	4,5	2,5	100,0
Mi capitava di litigare o di fare a botte con i miei compagni	67,2	16,3	14,8	1,7	0,0	100,0
Non avevo problemi a programmare in quale ordine dovevo svolgere i compiti e le attività	28,3	12,9	22,9	18,2	17,7	100,0
Mi vergognavo a partecipare alle attività sportive	59,8	15,6	13,7	7,7	3,2	100,0
Andare a scuola mi sembrava una gran perdita di tempo	66,8	15,6	11,2	4,7	1,7	100,0
Mi ribellavo alla disciplina e all'autorità degli insegnanti	68,0	15,6	12,1	3,8	0,5	100,0
Mi assentavo da scuola senza una ragione	74,3	11,1	11,9	2,3	0,4	100,0

**Tavola 4.8.d - Donne abusate e mal-trattate secondo alcune situazioni di ambito scolastico**

Situazioni	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai	Totale
Mi concentravo con molta difficoltà	20,8	23,4	32,7	17,8	5,3	100,0
Mi vergognavo a parlare davanti agli altri/a partecipare alle attività di gruppo	31,9	13,4	28,5	18,1	8,1	100,0
Mi sentivo isolata rispetto ai miei compagni	44,4	20,3	22,5	10,3	2,5	100,0
Ero incapace di difendermi dalle aggressioni verbali o fisiche dei compagni di scuola	48,4	19,7	20,2	8,8	2,9	100,0
Mi capitava di litigare o di fare a botte con i miei compagni	58,0	16,0	19,7	5,3	1,0	100,0
Non avevo problemi a programmare in quale ordine dovevo svolgere i compiti e le attività	28,7	13,9	25,2	14,6	17,6	100,0
Mi vergognavo a partecipare alle attività sportive	58,3	13,7	14,2	9,3	4,5	100,0
Andare a scuola mi sembrava una gran perdita di tempo	68,5	8,7	15,1	5,0	2,7	100,0
Mi ribellavo alla disciplina e all'autorità degli insegnanti	61,3	11,2	19,1	7,2	1,2	100,0
Mi assentavo da scuola senza una ragione	70,6	10,4	12,8	4,4	1,8	100,0

**Tavola 4.9.a - Donne secondo la condizione occupazionale ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Condizione occupazionale	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Occupata	29,1	6,6	43,5	20,7	100,0
Lavoratrice part-time	23,0	9,2	50,7	17,1	100,0
Disoccupata in cerca di nuova occupazione	40,7	0,0	30,5	28,8	100,0
Lavoratrice in cassa integrazione	30,0	0,0	70,0	0,0	100,0
In cerca di prima occupazione	31,8	4,5	45,5	18,2	100,0
Ritirata dal lavoro/ pensionata	18,8	7,0	53,9	20,3	100,0
Casalinga	23,1	3,5	60,4	13,0	100,0
Studentessa	30,4	4,8	51,2	13,6	100,0
Studentessa lavoratrice	38,1	7,1	38,1	16,7	100,0
Altra occupazione	37,5	6,3	43,8	12,5	100,0
Non occupata	6,7	3,3	43,3	46,7	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.9.b - Donne secondo la condizione occupazionale ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Condizione occupazionale	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Occupata	45,8	47,4	36,5	47,6	41,6
Lavoratrice part-time	11,6	21,1	13,6	12,6	13,3
Disoccupata in cerca di nuova occupazione	4,0	0,0	1,6	4,1	2,6
Lavoratrice in cassa integrazione	0,5	0,0	0,6	0,0	0,4
In cerca di prima occupazione	1,2	0,8	0,9	1,0	1,0
Ritirata dal lavoro/ pensionata	4,0	6,8	6,1	6,3	5,6
Casalinga	22,8	15,8	31,8	18,8	26,2
Studentessa	6,3	4,5	5,6	4,1	5,5
Studentessa lavoratrice	2,6	2,3	1,4	1,7	1,8
Altra occupazione	1,0	0,8	0,6	0,5	0,7
Non occupata	0,3	0,8	1,1	3,4	1,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.10.a - Donne secondo la posizione lavorativa ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Posizione lavorativa	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
<i>Lavoro dipendente</i>					
Dirigente o quadro	34,2	5,3	42,1	18,4	100,0
Impiegato o intermedio	30,6	8,5	42,5	18,4	100,0
Insegnante	30,0	4,2	44,2	21,7	100,0
Operaio	21,4	7,9	50,1	20,6	100,0
Lavoratore a domicilio	4,3	10,9	69,6	15,2	100,0
<i>Lavoro autonomo</i>					
Imprenditore	24,5	8,2	46,9	20,4	100,0
Libero professionista	42,4	2,0	37,4	18,2	100,0
Lavoratore in proprio	22,4	2,8	47,7	27,1	100,0
Coadiuvante	14,3	2,4	57,1	26,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.10.b - Donne secondo l'eventuale cambio di lavoro ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Cambio di lavoro	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
No, ho sempre avuto lo stesso	35,7	32,0	35,6	29,6	34,2
Si, ho cambiato almeno una volta il tipo di lavoro	46,5	44,6	37,9	41,3	41,4
Si, ho cambiato molti lavori	17,3	23,4	25,4	28,9	23,8
Altro	0,6	0,0	1,2	0,2	0,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.11.a - Donne secondo il livello di soddisfazione rispetto al lavoro attuale (o l'ultimo svolto) ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Soddisfazione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Per niente	20,0	11,7	50,0	18,3	100,0
Poco	23,3	5,7	52,0	18,9	100,0
Abbastanza	26,5	6,8	44,3	22,5	100,0
Molto	31,9	8,5	43,4	16,2	100,0
Moltissimo	28,1	2,9	46,8	22,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.11.b - Donne secondo il livello di soddisfazione rispetto al lavoro attuale (o l'ultimo svolto) ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Soddisfazione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Per niente	3,0	6,7	4,5	3,7	4,1
Poco	13,5	12,7	17,8	14,7	15,6
Abbastanza	43,3	44,1	43,4	50,0	44,8
Molto	30,2	32,2	24,5	20,9	25,9
Moltissimo	10,0	4,3	9,8	10,7	9,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.12.a - Donne secondo l'eventuale cambio di lavoro ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Cambio di lavoro	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
No, ho sempre avuto lo stesso	28,6	6,4	47,7	17,3	100,0
Si, ho cambiato almeno una volta il tipo di lavoro	30,7	7,3	41,9	20,1	100,0
Si, ho cambiato molti lavori	20,0	6,7	49,0	24,3	100,0
Altro	18,2	0,0	72,7	9,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.12.b - Donne secondo l'eventuale cambio di lavoro ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Cambio di lavoro	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
No, ho sempre avuto lo stesso	35,7	32,0	35,6	29,6	34,2
Si, ho cambiato almeno una volta il tipo di lavoro	46,5	44,6	37,9	41,3	41,4
Si, ho cambiato molti lavori	17,3	23,4	25,4	28,9	23,8
Altro	0,6	0,0	1,2	0,2	0,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.13.a - Donne secondo il giudizio sul cambiamento della situazione economica attuale rispetto a quella della famiglia di origine ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Giudizio sulla situazione economica attuale	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Molto migliorata	21,6	7,0	47,3	24,1	100,0
Un po' migliorata	28,2	6,1	47,4	18,3	100,0
Rimasta più o meno la stessa	31,8	7,9	43,6	16,7	100,0
Un po' peggiorata	28,5	5,6	43,1	22,9	100,0
Molto peggiorata	6,7	6,7	55,6	31,1	100,0
Non sa	26,7	0,0	33,3	40,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.13.b - Donne secondo il giudizio sul cambiamento della situazione economica attuale rispetto a quella della famiglia di origine ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Giudizio sulla situazione economica attuale	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Molto migliorata	17,6	23,2	22,9	26,5	22,2
Un po' migliorata	33,3	29,3	33,2	29,2	32,1
Rimasta più o meno la stessa	35,0	35,4	28,5	24,8	30,0
Un po' peggiorata	10,2	8,1	9,1	11,1	9,7
Molto peggiorata	0,7	3,0	3,7	4,7	3,0
Non sa	1,0	0,0	0,7	2,0	1,0
<i>n.r.</i>	2,2	1,0	1,9	1,7	1,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 4.14.a - Donne mai abusate e mai mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	Totale
Convinta che il futuro può riservarle novità positive	3,4	22,2	39,5	29,8	5,1	100,0
Che riesce ad affrontare quasi tutti i problemi che incontra	0,4	11,8	48,3	35,8	3,7	100,0
Che sente spesso una forte spinta ad agire	0,8	15,0	36,8	40,5	6,9	100,0
Che nelle cose che fa trova sempre qualcosa per cui vale la pena impegnarsi	0,4	5,4	35,1	48,5	10,6	100,0
Che nell'affrontare una prova o nel prendere una decisione pensa più spontaneamente al successo che all'insuccesso	3,2	21,2	42,0	27,3	6,3	100,0
Che ha capacità personali sulle quali contare	0,2	5,2	38,6	48,2	7,8	100,0
Che pensa che con la volontà sia possibile controllare e gestire gli eventi	2,0	15,6	41,8	32,8	7,8	100,0
Che riesce a compiere le scelte più giuste anche in situazioni difficili	1,2	16,0	65,9	13,6	3,3	100,0
Che non si sente né oppressa né vittima degli altri o del sistema	9,1	20,9	29,7	32,4	7,9	100,0

**Tavola 4.14.b - Donne abusate e mai mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	Totale
Convinta che il futuro può riservarle novità positive	6,9	21,6	35,1	30,3	6,1	100,0
Che riesce ad affrontare quasi tutti i problemi che incontra	0,0	8,3	48,7	39,6	3,4	100,0
Che sente spesso una forte spinta ad agire	4,5	15,9	24,6	43,4	11,6	100,0
Che nelle cose che fa trova sempre qualcosa per cui vale la pena impegnarsi	3,1	8,9	24,2	51,6	12,2	100,0
Che nell'affrontare una prova o nel prendere una decisione pensa più spontaneamente al successo che all'insuccesso	6,5	21,9	29,2	32,4	10,0	100,0
Che ha capacità personali sulle quali contare	6,1	3,0	48,2	34,2	8,5	100,0
Che pensa che con la volontà sia possibile controllare e gestire gli eventi	3,5	13,2	39,9	32,9	10,5	100,0
Che riesce a compiere le scelte più giuste anche in situazioni difficili	0,0	10,6	71,2	14,5	3,7	100,0
Che non si sente né oppressa né vittima degli altri o del sistema	7,3	19,3	31,8	28,8	12,8	100,0

**Tavola 4.14.c - Donne mal-trattate e mai abusate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	Totale
Convinta che il futuro può riservarle novità positive	5,4	23,8	43,4	22,4	5,0	100,0
Che riesce ad affrontare quasi tutti i problemi che incontra	1,2	9,8	56,4	28,2	4,4	100,0
Che sente spesso una forte spinta ad agire	1,7	18,7	36,9	36,2	6,5	100,0
Che nelle cose che fa trova sempre qualcosa per cui vale la pena impegnarsi	0,8	6,0	40,6	42,4	10,2	100,0
Che nell'affrontare una prova o nel prendere una decisione pensa più spontaneamente al successo che all'insuccesso	2,7	21,8	40,6	29,7	5,2	100,0
Che ha capacità personali sulle quali contare	0,0	6,2	44,8	42,7	6,3	100,0
Che pensa che con la volontà sia possibile controllare e gestire gli eventi	3,8	20,8	37,2	29,6	8,6	100,0
Che riesce a compiere le scelte più giuste anche in situazioni difficili	2,7	17,7	60,5	16,8	2,3	100,0
Che non si sente né oppressa né vittima degli altri o del sistema	9,2	24,4	35,6	26,6	4,2	100,0

**Tavola 4.14.d - Donne abusate e mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	Totale
Convinta che il futuro può riservarle novità positive	4,8	24,6	44,2	21,9	4,5	100,0
Che riesce ad affrontare quasi tutti i problemi che incontra	0,6	11,0	54,1	24,8	9,5	100,0
Che sente spesso una forte spinta ad agire	0,6	15,3	43,1	26,6	14,4	100,0
Che nelle cose che fa trova sempre qualcosa per cui vale la pena impegnarsi	0,8	5,0	33,6	47,3	13,3	100,0
Che nell'affrontare una prova o nel prendere una decisione pensa più spontaneamente al successo che all'insuccesso	3,6	26,8	34,5	26,3	8,8	100,0
Che ha capacità personali sulle quali contare	0,2	6,5	44,8	38,4	10,1	100,0
Che pensa che con la volontà sia possibile controllare e gestire gli eventi	3,8	20,8	37,2	29,6	8,6	100,0
Che riesce a compiere le scelte più giuste anche in situazioni difficili	2,5	19,1	60,8	15,4	2,2	100,0
Che non si sente né oppressa né vittima degli altri o del sistema	11,1	32,6	29,2	23,7	3,4	100,0

## 5. Famiglia e vita di relazione delle donne secondo il percorso di vita dichiarato

Tavola 5.1.a - Donne secondo l'eventuale presenza di fratelli/sorelle ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)

Presenza fratelli/sorelle	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si	26,1	5,5	50,0	18,4	100,0
No	28,2	8,6	46,8	16,4	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

Tavola 5.1.b - Donne secondo l'eventuale presenza di fratelli/sorelle ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)

Presenza fratelli/sorelle	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si	86,9	82,1	88,4	88,7	87,7
No	13,1	17,9	11,6	11,3	12,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tavola 5.2 - Donne secondo la posizione nella fratria ed il percorso di vita dichiarato

Posizione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Primogenita	27,2	5,8	48,9	18,1	100,0
Secondogenita	28,7	7,1	44,4	19,9	100,0
Terzogenita	22,5	3,2	57,9	16,4	100,0
Quartogenita	20,3	4,2	49,0	26,6	100,0
Quintogenita	28,4	4,5	52,2	14,9	100,0
Sestogenita e oltre	20,0	1,1	70,5	8,4	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.3.a - Donne secondo il titolo di studio della madre ed il percorso di vita dichiarato**

<b>Titolo di studio</b>	<b>Nessuna ESI</b>	<b>Solo abuso sessuale</b>	<b>Solo mal-trattamenti</b>	<b>Forme multiple di ESI</b>	<b>Totale</b>
Nessun titolo	13,2	3,1	64,5	19,2	100,0
Licenza elementare	27,6	5,3	48,2	18,9	100,0
Licenza media inferiore	30,8	5,9	46,9	16,4	100,0
Diploma di scuola professionale (no università)	34,2	13,5	35,1	17,1	100,0
Diploma di scuola media superiore	33,3	7,5	41,3	17,9	100,0
Diplomi parauniversitari	42,9	14,3	28,6	14,3	100,0
Diploma di laurea	22,4	3,4	50,0	24,1	100,0
Altro	21,4	14,3	64,3	0,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.3.b - Donne secondo il titolo di studio del padre ed il percorso di vita dichiarato**

<b>Titolo di studio</b>	<b>Nessuna ESI</b>	<b>Solo abuso sessuale</b>	<b>Solo mal-trattamenti</b>	<b>Forme multiple di ESI</b>	<b>Totale</b>
Nessun titolo	15,1	3,0	68,3	13,7	100,0
Licenza elementare	27,2	5,4	48,7	18,8	100,0
Licenza media inferiore	23,8	4,9	49,9	21,4	100,0
Diploma di scuola professionale (no università)	33,0	12,0	37,7	17,3	100,0
Diploma di scuola media superiore	34,7	5,9	42,4	16,9	100,0
Diplomi parauniversitari	33,3	22,2	44,4	100,0	
Diploma di laurea	29,6	8,2	46,9	15,3	100,0
Altro	15,8	5,3	47,4	31,6	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.4.a - Donne secondo la condizione occupazionale della madre sino a quando la donna era minorenne ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Condizione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Occupata	25,3	7,1	47,7	19,8	100,0
Non occupata	15,6	0,0	77,8	6,7	100,0
Lavoratrice part-time	33,7	8,4	38,6	19,3	100,0
Lavoratrice in cassa integrazione/mobilità	50,0	50,0	0,0	0,0	100,0
Casalinga	27,5	4,8	50,5	17,3	100,0
Ritirata dal lavoro/ pensionata	25,0	4,2	45,8	25,0	100,0
Inabile al lavoro	20,0	0,0	40,0	40,0	100,0
Altro	11,1	3,7	74,1	11,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.4.b - Donne secondo la condizione occupazionale del padre sino a quando la donna era minorenne ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Condizione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Occupato	27,2	5,6	49,6	17,6	100,0
Non occupato	7,7	0,0	30,8	61,5	100,0
Lavoratore part-time	4,2	0,0	87,5	8,3	100,0
Disoccupato/in cerca di nuova occupazione	0,0	0,0	27,3	72,7	100,0
Lavoratore in cassa integrazione/mobilità	0,0	0,0	66,7	33,3	100,0
Ritirato dal lavoro/ pensionato	25,9	3,7	37,0	33,3	100,0
Inabile al lavoro	18,8	31,3	18,8	31,3	100,0
Altro	17,4	17,4	52,2	13,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.5 - Donne secondo la composizione familiare ed il percorso di vita dichiarato**

Condizione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Padre naturale	26,9	5,5	49,6	18,0	100,0
Madre naturale	26,7	5,6	49,7	18,0	100,0
Fratelli/sorelle	26,0	5,4	50,0	18,6	100,0
Nonni	22,3	4,6	49,7	23,4	100,0
Zii	21,9	6,0	51,5	20,6	100,0
Altro	16,9	6,2	49,1	27,8	100,0

**Tavola 5.6.a - Donne secondo lo stato civile dei genitori ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Stato civile	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Ancora coniugati	32,0	6,2	44,2	17,6	100,0
Separati	16,7	5,6	52,8	25,0	100,0
Divorziati	0,0	0,0	72,0	28,0	100,0
Divorziati e risposati	10,0	10,0	60,0	20,0	100,0
Entrambi deceduti	16,4	3,1	62,2	18,4	100,0
Un genitore deceduto	26,1	6,9	49,8	17,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.6.b - Donne secondo lo stato civile dei genitori ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Stato civile	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Ancora coniugati	59,0	51,5	43,3	47,2	48,6
Separati	1,0	1,5	1,7	2,2	1,6
Divorziati	0,0	0,0	1,6	1,7	1,1
Divorziati e risposati	0,2	0,7	0,5	0,5	0,4
Entrambi deceduti	12,3	10,4	24,8	20,1	19,8
Un genitore deceduto	27,6	32,8	28,0	26,6	27,9
<i>n.r.</i>	0,0	3,0	0,1	1,7	0,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.7.a - Donne secondo il ricordo di eventuali problemi rilevanti in famiglia ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Problemi rilevanti	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	11,0	5,2	55,3	28,5	100,0
No	32,8	6,1	47,1	14,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.7.b - Donne secondo il ricordo di eventuali problemi rilevanti in famiglia ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Problemi rilevanti	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	12,3	26,1	32,7	46,1	29,3
No	85,8	72,4	65,6	53,4	69,1
<i>n.r.</i>	2,0	1,5	1,7	0,5	1,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.8 - Donne secondo i problemi avuti dalla madre, dal padre o dai fratelli/sorelle durante l'infanzia e l'adolescenza ed il percorso di vita dichiarato**

Problemi	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Disabilità fisica rilevante	8,6	5,1	61,7	24,6	100,0
Malattia cronica rilevante	10,2	7,8	53,3	28,7	100,0
Malattia psichiatrica	5,1	0,8	56,7	37,4	100,0
Depressione	11,3	1,9	54,5	32,3	100,0
Tossicodipendenza	4,0	0,0	44,0	52,0	100,0
Alcolismo	1,8	1,3	59,3	37,6	100,0
Interesse al gioco d'azzardo	6,4	0,0	59,3	34,3	100,0
Perdite di denaro forti	1,0	2,9	40,9	55,2	100,0
Interruzioni di gravidanza	10,3	4,6	60,9	24,2	100,0
Disoccupazione e/o perdita frequente del posto	5,3	7,5	60,7	26,5	100,0
Altro	10,2	7,3	50,6	31,9	100,0

**Tavola 5.9 - Donne secondo la persona o servizio a cui la famiglia si è rivolta a seguito dei problemi in famiglia ed il percorso di vita dichiarato**

A chi ci si rivolge	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Servizio sociosanitario pubblico	11,3	6,9	57,3	24,5	100,0
Servizi o specialisti privati	13,1	5,1	58,3	23,5	100,0
Organizzazioni di volontariato	0,0	6,6	93,4	0,0	100,0
Familiari	9,8	6,5	57,0	26,7	100,0
Amici	20,4	5,4	55,2	19,0	100,0
Sacerdote, parrocchia	7,0	3,8	46,6	42,6	100,0
Libri, giornali	0,0	20,9	79,1	0,0	100,0
A nessuno	8,0	5,0	51,5	35,5	100,0
Altro	5,5	5,0	39,8	49,7	100,0

**Tavola 5.10 - Donne secondo i motivi per i quali i familiari, pur avendo avuto problemi, non si rivolsero ad un servizio o qualcuno ed il percorso di vita dichiarato**

Motivi	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Non ne avevano bisogno	1,7	23,9	56,5	17,9	100,0
Non c'era un servizio o un ufficio a cui rivolgersi	13,5	3,6	42,2	40,7	100,0
Non avevano fiducia nel servizio pubblico	0,0	0,0	49,6	50,4	100,0
Non sapevamo a chi rivolgersi	9,5	2,2	23,0	65,3	100,0
Non volevamo chiedere aiuto all'esterno	3,2	0,5	57,6	38,7	100,0
Altro	6,9	4,2	60,6	28,3	100,0

**Tavola 5.11.a - Donne mai abusate e mai mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	n.r.	Totale
La mia famiglia non frequentava persone esterne al nucleo familiare e preferiva fare le cose da sola	0,8	9,4	14,0	23,4	52,4	0,0	100,0
C'era vicinanza nella mia famiglia, ma ognuno era libero di essere se stesso ed esprimere i propri bisogni e punti di vista	13,0	38,7	34,8	11,7	1,8	0,0	100,0
Non frequentavamo con continuità gli altri parenti	0,7	6,5	12,4	25,3	55,0	0,1	100,0
Nella mia famiglia c'era confusione perché i ruoli di genitori e figli non erano chiari	0,1	0,8	2,3	13,6	83,1	0,0	100,0
Nella mia famiglia ci sentivamo amati	32,6	49,8	15,1	2,0	0,6	0,0	100,0
La mia famiglia era capace di affrontare i cambiamenti e reagire a situazioni impreviste	14,7	45,5	34,0	4,0	1,2	0,6	100,0
I momenti più felici li abbiamo passati in compagnia di altre persone	2,1	12,5	28,8	32,2	24,0	0,5	100,0
Ogni membro si assumeva la responsabilità del proprio comportamento	11,6	44,1	37,3	5,6	1,2	0,2	100,0
Lo stato d'animo della mia famiglia era generalmente triste e depresso	0,1	1,4	4,0	21,7	72,3	0,4	100,0
Nella mia famiglia c'è rispetto per l'intimità di ciascuno dei suoi membri	18,0	43,1	26,9	10,1	1,9	0,0	100,0
Uno degli adulti della mia famiglia aveva preferenze per uno dei figli	1,2	3,9	14,6	17,0	60,3	3,1	100,0
La mia famiglia tendeva ad avere rotture ostili con gli altri parenti	0,7	0,7	3,9	14,0	80,6	0,1	100,0

**Tavola 5.11.b - Donne abusate e mai mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	n.r.	Totale
La mia famiglia non frequentava persone esterne al nucleo familiare e preferiva fare le cose da sola	0,6	12,3	17,2	22,2	47,7	0,0	100,0
C'era vicinanza nella mia famiglia, ma ognuno era libero di essere se stesso ed esprimere i propri bisogni e punti di vista	9,0	38,7	40,5	9,8	2,0	0,0	100,0
Non frequentavamo con continuità gli altri parenti	1,4	6,0	16,0	32,6	44,0	0,0	100,0
Nella mia famiglia c'era confusione perché i ruoli di genitori e figli non erano chiari	0,4	0,0	3,8	18,2	75,4	2,3	100,0
Nella mia famiglia ci sentivamo amati	27,9	44,3	24,1	3,7	0,0	0,0	100,0
La mia famiglia era capace di affrontare i cambiamenti e reagire a situazioni impreviste	13,3	37,3	33,4	14,2	1,8	0,0	100,0
I momenti più felici li abbiamo passati in compagnia di altre persone	1,9	7,4	42,6	27,4	20,6	0,0	100,0
Ogni membro si assumeva la responsabilità del proprio comportamento	5,8	37,9	44,8	11,2	0,3	0,0	100,0
Lo stato d'animo della mia famiglia era generalmente triste e depresso	0,0	1,1	7,3	26,0	65,6	0,0	100,0
Nella mia famiglia c'è rispetto per l'intimità di ciascuno dei suoi membri	13,2	38,6	35,4	12,1	0,8	0,0	100,0
Uno degli adulti della mia famiglia aveva preferenze per uno dei figli	1,8	9,4	15,5	15,6	48,6	9,1	100,0
La mia famiglia tendeva ad avere rotture ostili con gli altri parenti	0,0	2,0	6,0	17,8	74,3	0,0	100,0

**Tavola 5.11.c - Donne mal-trattate e mai abusate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	n.r.	Totale
La mia famiglia non frequentava persone esterne al nucleo familiare e preferiva fare le cose da sola	3,8	12,9	17,6	28,6	37,1	0,0	100,0
C'era vicinanza nella mia famiglia, ma ognuno era libero di essere se stesso ed esprimere i propri bisogni e punti di vista	6,1	26,4	35,9	23,8	7,8	0,0	100,0
Non frequentavamo con continuità gli altri parenti	1,5	9,8	20,1	27,4	40,9	0,3	100,0
Nella mia famiglia c'era confusione perché i ruoli di genitori e figli non erano chiari	0,6	2,3	4,7	16,2	76,0	0,1	100,0
Nella mia famiglia ci sentivamo amati	20,1	36,6	32,1	10,1	1,1	0,0	100,0
La mia famiglia era capace di affrontare i cambiamenti e reagire a situazioni impreviste	10,3	34,4	36,7	15,2	3,2	0,2	100,0
I momenti più felici li abbiamo passati in compagnia di altre persone	3,2	13,6	28,6	36,4	18,1	0,1	100,0
Ogni membro si assumeva la responsabilità del proprio comportamento	7,5	36,3	40,2	12,2	3,8	0,1	100,0
Lo stato d'animo della mia famiglia era generalmente triste e depresso	1,8	6,4	12,3	28,2	51,3	0,0	100,0
Nella mia famiglia c'è rispetto per l'intimità di ciascuno dei suoi membri	11,2	35,3	33,5	16,9	2,9	0,2	100,0
Uno degli adulti della mia famiglia aveva preferenze per uno dei figli	2,8	12,8	19,5	19,5	42,4	3,0	100,0
La mia famiglia tendeva ad avere rotture ostili con gli altri parenti	1,0	6,0	11,4	21,3	60,0	0,3	100,0

**Tavola 5.11.d - Donne abusate e mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	n.r.	Totale
La mia famiglia non frequentava persone esterne al nucleo familiare e preferiva fare le cose da sola	2,8	13,8	16,1	29,4	37,9	0,0	100,0
C'era vicinanza nella mia famiglia, ma ognuno era libero di essere se stesso ed esprimere i propri bisogni e punti di vista	4,8	24,4	30,8	24,4	15,6	0,0	100,0
Non frequentavamo con continuità gli altri parenti	2,9	11,0	19,6	27,2	39,1	0,2	100,0
Nella mia famiglia c'era confusione perché i ruoli di genitori e figli non erano chiari	4,3	6,5	8,0	13,3	68,0	0,0	100,0
Nella mia famiglia ci sentivamo amati	16,3	35,0	27,3	14,8	6,3	0,3	100,0
La mia famiglia era capace di affrontare i cambiamenti e reagire a situazioni impreviste	10,5	32,4	33,9	18,4	4,7	0,1	100,0
I momenti più felici li abbiamo passati in compagnia di altre persone	3,1	18,9	32,1	32,6	13,3	0,0	100,0
Ogni membro si assumeva la responsabilità del proprio comportamento	4,5	36,3	28,7	20,2	9,8	0,5	100,0
Lo stato d'animo della mia famiglia era generalmente triste e depresso	1,9	8,3	17,7	30,6	41,6	0,0	100,0
Nella mia famiglia c'è rispetto per l'intimità di ciascuno dei suoi membri	7,1	30,8	29,4	20,3	12,4	0,0	100,0
Uno degli adulti della mia famiglia aveva preferenze per uno dei figli	6,9	13,4	20,1	19,9	36,2	3,7	100,0
La mia famiglia tendeva ad avere rotture ostili con gli altri parenti	3,1	12,3	15,5	24,4	44,7	0,0	100,0

Tavola 5.12.a - Donne mai abusate e mai maltrattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	n.r.	Totale
Le tensioni tra i membri della mia famiglia tendevano a rimanere nascoste e non espresse	0,8	5,1	13,9	33,0	46,3	0,9	100,0
Nella mia famiglia tutti avevamo voce in capitolo rispetto ai progetti familiari	9,1	27,0	37,1	19,3	7,4	0,1	100,0
Nella mia famiglia i sentimenti creavano imbarazzo ed erano espressi con difficoltà	0,9	6,8	24,3	26,7	41,1	0,1	100,0
Nella mia famiglia ci sono stati sempre segreti	0,2	1,1	5,5	19,8	72,8	0,7	100,0
Nella mia famiglia era possibile chiedere aiuto nei momenti di difficoltà	25,5	47,7	23,1	3,0	0,8	0,0	100,0
Quando le cose andavano male ci accusavamo a vicenda	0,0	1,7	6,2	18,6	73,1	0,4	100,0
In famiglia ci umiliavamo e svalutavamo reciprocamente	0,1	0,4	3,7	11,5	83,8	0,5	100,0
Nella mia famiglia era possibile dire ciò che pensavamo e sentivamo, c'erano ascolto e supporto reciproci	17,6	35,1	35,3	10,4	1,5	0,2	100,0
Nella mia famiglia si litigava spesso	0,0	1,5	9,6	34,0	54,3	0,6	100,0
Tra i componenti della mia famiglia c'era competizione e si tendeva alla prevaricazione per affermare le proprie opinioni	0,0	1,5	5,0	17,5	75,7	0,3	100,0

**Tavola 5.12.b - Donne abusate e mai mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	n.r.	Totale
Le tensioni tra i membri della mia famiglia tendevano a rimanere nascoste e non espresse	0,6	9,4	18,1	34,7	36,5	0,7	100,0
Nella mia famiglia tutti avevamo voce in capitolo rispetto ai progetti familiari	5,0	24,6	41,0	21,4	7,2	0,8	100,0
Nella mia famiglia i sentimenti creavano imbarazzo ed erano espressi con difficoltà	0,6	8,0	27,9	30,4	33,1	0,0	100,0
Nella mia famiglia ci sono stati sempre segreti	0,0	2,2	8,8	22,6	65,6	0,8	100,0
Nella mia famiglia era possibile chiedere aiuto nei momenti di difficoltà	20,8	49,6	21,8	5,5	2,3	0,0	100,0
Quando le cose andavano male ci accusavamo a vicenda	0,0	1,4	11,8	22,2	64,0	0,7	100,0
In famiglia ci umiliavamo e svalutavamo reciprocamente	0,0	0,0	0,2	18,6	80,5	0,7	100,0
Nella mia famiglia era possibile dire ciò che pensavamo e sentivamo, c'erano ascolto e supporto reciproci	15,9	33,1	36,1	11,2	3,7	0,0	100,0
Nella mia famiglia si litigava spesso	0,0	3,0	18,6	34,1	44,3	0,0	100,0
Tra i componenti della mia famiglia c'era competizione e si tendeva alla prevaricazione per affermare le proprie opinioni	1,8	0,8	6,5	18,4	71,8	0,7	100,0

Tavola 5.12.c - Donne mal-trattate e mai abusate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	n.r.	Totale
Le tensioni tra i membri della mia famiglia tendevano a rimanere nascoste e non espresse	2,3	11,0	21,3	31,0	34,0	0,4	100,0
Nella mia famiglia tutti avevamo voce in capitolo rispetto ai progetti familiari	3,8	19,9	29,4	31,2	15,8	0,0	100,0
Nella mia famiglia i sentimenti creavano imbarazzo ed erano espressi con difficoltà	5,0	15,4	30,9	24,7	23,9	0,0	100,0
Nella mia famiglia ci sono stati sempre segreti	1,4	4,8	12,4	25,6	55,4	0,5	100,0
Nella mia famiglia era possibile chiedere aiuto nei momenti di difficoltà	12,1	37,4	34,1	12,6	3,4	0,4	100,0
Quando le cose andavano male ci accusavamo a vicenda	1,9	4,1	15,4	27,4	50,7	0,5	100,0
In famiglia ci umiliavamo e svalutavamo reciprocamente	0,2	2,0	7,6	21,9	68,1	0,2	100,0
Nella mia famiglia era possibile dire ciò che pensavamo e sentivamo, c'erano ascolto e supporto reciproci	5,8	25,4	36,2	23,0	9,6	0,1	100,0
Nella mia famiglia si litigava spesso	2,2	9,9	20,1	36,0	31,8	0,1	100,0
Tra i componenti della mia famiglia c'era competizione e si tendeva alla prevaricazione per affermare le proprie opinioni	0,5	4,4	11,1	26,5	57,1	0,4	100,0

**Tavola 5.12.d - Donne abusate e mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Per niente d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo	n.r.	Totale
Le tensioni tra i membri della mia famiglia tendevano a rimanere nascoste e non espresse	3,6	13,5	24,7	29,5	28,6	0,1	100,0
Nella mia famiglia tutti avevamo voce in capitolo rispetto ai progetti familiari	2,7	16,0	24,1	29,8	26,7	0,7	100,0
Nella mia famiglia i sentimenti creavano imbarazzo ed erano espressi con difficoltà	7,3	22,7	28,7	20,7	20,4	0,1	100,0
Nella mia famiglia ci sono stati sempre segreti	2,9	12,4	12,3	26,8	44,2	1,4	100,0
Nella mia famiglia era possibile chiedere aiuto nei momenti di difficoltà	14,7	29,0	30,9	15,1	10,3	0,0	100,0
Quando le cose andavano male ci accusavamo a vicenda	1,3	14,2	17,2	27,4	39,6	0,5	100,0
In famiglia ci umiliavamo e svalutavamo reciprocamente	3,0	7,0	15,3	21,0	53,0	0,7	100,0
Nella mia famiglia era possibile dire ciò che pensavamo e sentivamo, c'erano ascolto e supporto reciproci	4,4	19,1	38,1	21,2	17,1	0,1	100,0
Nella mia famiglia si litigava spesso	7,4	14,7	29,7	26,6	21,5	0,1	100,0
Tra i componenti della mia famiglia c'era competizione e si tendeva alla prevaricazione per affermare le proprie opinioni	3,5	7,5	15,9	24,5	48,7	0,0	100,0

**Tavola 5.13.a - Donne secondo la soddisfazione della rete di amicizie ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Soddisfazione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
No, per niente	9,9	2,8	54,7	32,6	100,0
Poco	17,6	4,5	54,8	23,2	100,0
Si, abbastanza	25,6	5,4	51,3	17,7	100,0
Si, molto	29,6	7,1	47,2	16,2	100,0
Si, moltissimo	32,2	5,7	46,1	16,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.13.b - Donne secondo la soddisfazione della rete di amicizie ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Soddisfazione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
No, per niente	1,2	1,5	3,6	5,9	3,2
Poco	7,2	8,3	11,9	13,8	10,8
Si, abbastanza	37,5	35,8	40,0	38,0	38,7
Si, molto	38,7	41,9	32,8	30,9	34,4
Si, moltissimo	15,4	12,4	11,7	11,2	12,6
<i>n.r.</i>	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3
<b>Totale</b>	<b>98,8</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.14.a - Donne secondo l'eventuale frequentazione di associazioni (culturali, ricreative, ecc.) o organizzazioni (politiche, sindacali, ecc.) ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Frequentazione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si	26,8	7,2	43,4	22,6	100,0
No	26,2	4,8	53,5	15,5	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.14.b - Donne secondo l'eventuale frequentazione di associazioni (culturali, ricreative, ecc.) o organizzazioni (politiche, sindacali, ecc.) ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Frequentazione	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si	38,1	47,8	32,9	46,9	37,6
No	61,7	52,3	66,8	53,1	62,2
<i>n.r.</i>	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 5.15.a - Donne secondo la persone a cui si poteva rivolgere in caso di bisogno ed il percorso di vita dichiarato**

Si rivolge a:	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Altri parenti	30,6	4,7	49,7	15,0	100,0
Amici/amiche	27,5	5,9	47,9	18,7	100,0
Collegli di lavoro	27,2	7,3	41,4	24,1	100,0
Vicini di casa	24,9	7,2	49,0	18,9	100,0
No, nessuno	11,3	6,5	59,4	22,8	100,0
Altro	11,6	8,8	42,3	37,3	100,0

**Tavola 5.15.b - Donne secondo la persona a cui si poteva rivolgere in caso di bisogno ed il percorso di vita dichiarato (risposte multiple)**

Si rivolge a:	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Altri parenti	57,3	39,7	49,1	40,6	49,2
Amici/amiche	67,5	65,8	62,2	66,2	64,5
Collegli di lavoro	9,8	12,0	7,9	12,5	9,4
Vicini di casa	7,2	9,6	7,5	7,9	7,6
No, nessuno	3,3	8,5	9,1	9,5	7,6
Altro	1,5	5,0	2,8	6,8	3,3

## 6. Salute e sessualità

**Tavola 6.1.a - Donne mai abusate e mai mal-trattate secondo i disturbi che possono presentarsi nel corso della vita**

Disturbi	sempre	spesso	qualche volta	raramente	mai	n.r.	Totale
Difficoltà nel ciclo mestruale	5,2	15,7	19,5	17,2	41,8	0,6	100,0
Disturbi gastrointestinali	2,2	12,5	29,7	17,8	37,6	0,1	100,0
Sensazione di globo in gola/ difficoltà a ingerire	0,2	2,9	9,0	10,7	77,0	0,2	100,0
Cefalea	4,0	17,1	26,9	23,1	28,8	0,1	100,0
Vomito	0,1	1,9	13,4	24,8	59,8	0,1	100,0
Stipsi	4,1	9,5	15,8	20,4	49,7	0,5	100,0
Diarrea	0,2	1,3	10,8	30,4	56,7	0,5	100,0
Disturbi dell'apparato genitale	0,7	3,9	19,6	20,4	55,3	0,1	100,0
Asma	0,7	2,6	3,8	3,8	89,0	0,1	100,0
Problemi cardiovascolari	2,0	6,8	9,2	11,5	70,5	0,1	100,0
Tensioni muscolari	0,5	6,8	18,6	19,0	55,0	0,0	100,0
Depressione	0,2	1,8	12,4	14,9	70,1	0,6	99,8
Disturbi alimentari	0,7	2,7	9,2	9,9	76,9	0,6	100,0
Ansia	4,5	12,3	33,1	17,0	32,7	0,5	100,0
Attacchi di panico	0,2	2,6	12,2	10,0	74,5	0,6	100,0
Difficoltà nelle relazioni	0,0	1,6	7,8	17,7	72,4	0,5	100,0
Dipendenza dall'alcool	0,0	0,0	0,4	1,0	98,5	0,1	100,0
Uso di droghe	0,4	0,1	0,6	2,8	96,0	0,1	100,0
Altro	8,9	15,2	14,2	0,0	57,8	4,0	100,0

Tavola 6.1.b - Donne abusate e mai maltrattate secondo i disturbi che possono presentarsi nel corso della vita

Disturbi	sempre	spesso	qualche volta	raramente	mai	n.r.	Totale
Difficoltà nel ciclo mestruale	4,1	15,4	21,9	17,0	41,6	0,0	100,0
Disturbi gastrointestinali	3,0	19,2	27,9	19,2	30,7	0,0	100,0
Sensazione di globo in gola/ difficoltà a ingerire	0,0	6,9	10,9	10,3	68,2	3,7	100,0
Cefalea	6,5	15,4	26,2	23,8	25,9	2,2	100,0
Vomito	0,0	2,2	11,5	25,0	59,1	2,2	100,0
Stipsi	0,7	9,7	19,2	23,6	44,7	2,2	100,0
Diarrea	0,0	2,7	14,4	27,0	53,8	2,2	100,0
Disturbi dell'apparato genitale	1,0	11,7	24,6	12,4	50,4	0,0	100,0
Asma	0,9	4,3	2,8	4,1	87,9	0,0	100,0
Problemi cardiovascolari	2,9	4,3	13,2	10,5	69,0	0,0	100,0
Tensioni muscolari	1,0	17,7	21,5	19,4	40,4	0,0	100,0
Depressione	0,0	0,5	14,3	25,1	60,1	0,0	100,0
Disturbi alimentari	1,7	7,6	4,9	12,3	73,4	0,2	100,0
Ansia	1,3	15,0	36,6	22,7	24,5	0,0	100,0
Attacchi di panico	0,0	1,1	11,4	17,4	70,1	0,0	100,0
Difficoltà nelle relazioni	0,0	4,3	9,1	22,3	64,3	0,0	100,0
Dipendenza dall'alcool	0,0	0,0	0,0	3,4	96,7	0,0	100,0
Uso di droghe	0,0	0,6	1,3	5,2	93,0	0,0	100,0
Altro	0,0	6,9	0,0	0,0	85,8	7,3	100,0

Tavola 6.1.c - Donne mal-trattate e mai abusate secondo i disturbi che possono presentarsi nel corso della vita

Disturbi	sempre	spesso	qualche volta	raramente	mai	n.r.	Totale
Difficoltà nel ciclo mestruale	6,7	14,0	22,3	20,0	36,6	0,4	100,0
Disturbi gastrointestinali	2,7	21,6	27,3	19,6	28,8	0,0	100,0
Sensazione di globo in gola/ difficoltà a ingerire	0,8	6,0	14,2	15,5	63,5	0,0	100,0
Cefalea	5,5	16,8	30,6	23,9	23,2	0,0	100,0
Vomito	1,6	2,5	14,9	25,4	55,7	0,0	100,0
Stipsi	4,4	9,8	18,9	21,3	45,7	0,0	100,0
Diarrea	0,1	4,7	16,7	30,3	48,3	0,0	100,0
Disturbi dell'apparato genitale	0,8	6,5	24,9	23,7	43,8	0,3	100,0
Asma	1,0	3,6	4,1	5,4	85,9	0,0	100,0
Problemi cardiovascolari	3,8	9,2	12,9	10,0	64,1	0,0	100,0
Tensioni muscolari	1,7	12,7	27,6	14,7	43,4	0,0	100,0
Depressione	1,0	7,4	24,1	16,1	51,4	0,1	100,0
Disturbi alimentari	0,9	6,1	12,5	10,0	70,6	0,0	100,0
Ansia	4,8	21,5	31,7	13,9	28,2	0,0	100,0
Attacchi di panico	1,3	3,9	13,6	11,8	69,4	0,0	100,0
Difficoltà nelle relazioni	0,1	3,8	14,3	17,6	64,1	0,1	100,0
Dipendenza dall'alcool	0,0	0,0	0,4	1,2	98,3	0,0	100,0
Uso di droghe	0,2	0,2	1,8	1,7	95,8	0,2	100,0
Altro	24,2	11,2	10,2	0,0	45,2	9,2	100,0

**Tavola 6.1.d - Donne abusate e mal-trattate secondo i disturbi che possono presentarsi nel corso della vita**

Disturbi	sempre	spesso	qualche volta	raramente	mai	n.r.	Totale
Difficoltà nel ciclo mestruale	9,1	18,2	28,4	14,1	30,2	0,0	100,0
Disturbi gastrointestinali	6,7	21,8	32,8	15,5	23,3	0,0	100,0
Sensazione di globo in gola/ difficoltà a ingerire	1,1	9,6	21,3	14,8	53,3	0,0	100,0
Cefalea	5,2	18,1	32,4	19,8	24,5	0,0	100,0
Vomito	0,0	5,0	14,5	28,8	51,6	0,0	100,0
Stipsi	4,2	17,6	16,9	19,4	41,9	0,0	100,0
Diarrea	2,1	5,4	12,6	33,5	46,5	0,0	100,0
Disturbi dell'apparato genitale	1,0	12,5	32,1	16,1	38,5	0,0	100,0
Asma	1,3	2,2	5,2	3,7	85,9	1,9	100,0
Problemi cardiovascolari	4,2	7,9	12,7	8,0	67,1	0,0	100,0
Tensioni muscolari	4,1	14,8	27,8	14,2	39,1	0,0	100,0
Depressione	0,5	13,9	22,1	18,8	44,7	0,0	100,0
Disturbi alimentari	2,2	6,4	16,9	13,1	61,4	0,0	100,0
Ansia	4,0	23,8	36,4	13,6	22,2	0,0	100,0
Attacchi di panico	0,9	7,9	18,1	10,3	62,8	0,0	100,0
Difficoltà nelle relazioni	0,8	6,2	19,1	19,6	54,2	0,0	100,0
Dipendenza dall'alcool	0,2	2,8	0,4	1,6	95,0	0,1	100,0
Uso di droghe	0,0	1,2	2,4	2,7	93,4	0,3	100,0
Altro	28,6	16,6	20,7	3,4	16,1	14,7	100,0

**Tavola 6.2.a - Donne che hanno o meno un medico di famiglia secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Hanno un medico di famiglia	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	26,4	5,6	49,8	18,1	100,0
No	19,2	26,9	30,8	23,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.2.b - Donne che hanno o meno un medico di famiglia secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Hanno un medico di famiglia	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	98,8	94,7	99,1	98,6	98,7
No	0,8	5,3	0,7	1,4	1,1
n.r.	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.3.a - Donne che hanno o meno un/a ginecologo/a secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Hanno un ginecologo	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	29,6	6,3	46,2	18,0	100,0
No	18,3	4,8	58,4	18,5	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.3.b - Donne che hanno o meno un/a ginecologo/a secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Hanno un ginecologo	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	80,9	77,6	67,1	71,6	72,2
No	19,1	22,4	32,3	28,0	27,5
<i>n.r.</i>	0,0	0,0	0,5	0,5	0,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.4.a - Donne che hanno o meno subito un'operazione chirurgica secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Operazione chirurgica	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	25,3	7,1	47,0	20,6	100,0
No	27,6	4,6	52,7	15,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.4.b - Donne che hanno o meno subito un'operazione chirurgica secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Operazione chirurgica	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	52,3	65,7	51,6	61,9	54,5
No	45,9	34,3	46,7	36,6	43,9
<i>n.r.</i>	1,8	0,0	1,7	1,4	1,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.5.a - Donne secondo la frequenza con cui si sottopongono a visite ed analisi mediche secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Frequenza	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Più di una volta l'anno	26,0	6,6	51,1	16,3	100,0
Una volta l'anno	27,3	6,0	49,2	17,5	100,0
Ogni due-tre anni	24,5	5,0	50,9	19,6	100,0
È da oltre 4 anni	16,3	0,0	55,8	27,9	100,0
Raramente	23,1	4,7	50,3	21,9	100,0
Mai	14,3	4,8	47,6	33,3	100,0
Quando capita	30,8	7,1	43,6	18,6	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.5.b - Donne secondo la frequenza con cui si sottopongono a visite ed analisi mediche secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Frequenza	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Più di una volta l'anno	23,1	26,1	24,1	21,0	23,4
Una volta l'anno	46,5	46,3	44,5	43,4	44,9
Ogni due-tre anni	13,1	11,9	14,4	15,2	14,1
È da oltre 4 anni	1,2	0,0	2,1	2,9	1,9
Raramente	6,5	6,0	7,5	8,9	7,4
Mai	0,5	0,7	0,9	1,7	0,9
Quando capita	8,0	8,2	6,0	7,0	6,8
<i>n.r.</i>	1,2	0,7	0,5	0,0	0,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.6.a - Donne che hanno o meno effettuato un pap-test secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Pap-test	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	23,9	5,9	51,8	18,4	100,0
No	20,6	1,9	65,4	12,1	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.6.b - Donne che hanno o meno effettuato un pap-test secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Pap-test	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	92,9	96,7	89,6	95,1	91,7
No	5,8	2,2	8,2	4,5	6,6
n.r.	1,3	1,1	2,2	0,3	1,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.7.a - Donne che hanno fatto o meno una mammografia secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Mammografia	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	23,1	5,7	52,2	19,0	100,0
No	17,6	4,6	65,5	12,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.7.b - Donne che hanno fatto o meno una mammografia secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Mammografia	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	82,5	81,3	75,8	85,4	79,3
No	15,2	16,0	23,1	13,3	19,2
n.r.	2,3	2,7	1,1	1,3	1,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.8.a - Donne secondo l'età a cui hanno avuto il primo rapporto sessuale secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Età	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Fino a 10 anni	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0
Da 11 a 13 anni	30,0	20,0	40,0	10,0	100,0
Da 14 a 16 anni	20,5	4,7	51,2	23,6	100,0
17 anni	21,7	6,6	52,1	19,6	100,0
Da 18 a 23 anni	27,6	6,1	48,3	18,1	100,0
Da 24 a 29 anni	28,3	4,0	51,8	15,9	100,0
Oltre 29 anni	23,1	3,8	61,5	11,5	100,0
Mai avuto	33,3	0,0	66,7	0,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.8.b - Donne secondo l'età a cui hanno avuto il primo rapporto sessuale secondo il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Età	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Fino a 10 anni	0,0	0,0	0,0	1,0	0,2
Da 11 a 13 anni	0,5	1,5	0,4	0,2	0,4
Da 14 a 16 anni	12,4	12,8	16,5	20,7	16,0
17 anni	11,9	16,5	15,3	15,7	14,5
Da 18 a 23 anni	53,8	54,1	50,2	51,3	51,6
Da 24 a 29 anni	10,6	6,8	10,3	8,7	9,9
Oltre 29 anni	1,0	0,8	1,4	0,7	1,1
Mai avuto	0,3	0,0	0,4	0,0	0,3
<i>n.r.</i>	9,4	7,5	5,6	1,7	6,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.9.a - Donne secondo la differenza di età con la persona con cui hanno avuto il primo rapporto sessuale ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di riga)**

Differenza di età	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Coetanei	27,3	6,1	49,1	17,5	100,0
Più piccolo di 3 anni	27,5	2,5	50,0	20,0	100,0
Più grande di 3 anni	27,5	7,3	46,8	18,4	100,0
4-7 anni più di lui	28,0	0,0	36,0	36,0	100,0
4-7 anni meno di lui	24,5	4,8	52,9	17,8	100,0
Più piccolo di 10 anni	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Più grande di 10 anni e oltre	10,7	9,0	46,7	33,6	100,0
Non ricordo	18,8	0,0	75,0	6,3	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 6.9.b - Donne secondo la differenza di età con la persona con cui hanno avuto il primo rapporto sessuale ed il percorso di vita dichiarato (percentuale di colonna)**

Differenza di età	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Coetanei	32,8	32,8	31,3	30,4	31,6
Più piccolo di 3 anni	1,8	0,7	1,8	1,9	1,8
Più grande di 3 anni	25,8	30,6	23,4	25,1	24,7
4-7 anni più di lui	1,2	0,0	0,8	2,2	1,1
4-7 anni meno di lui	27,3	23,9	31,3	28,7	29,3
Più piccolo di 10 anni	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Più grande di 10 anni e oltre	2,2	8,2	5,0	9,9	5,4
Non ricordo	0,5	0,0	1,1	0,2	0,7
<i>n.r.</i>	8,5	3,7	5,1	1,7	5,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tavola 6.10.a - Donne mai abusate e mai mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni

Affermazioni	Moltissimo d'accordo	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Poco d'accordo	Per niente d'accordo	Totale
Riesco a esprimere liberamente ciò che provo	7,5	40,2	41,1	10,7	0,5	100,0
Mi vergogno di me e tendo a colpevolizzarmi	1,0	2,2	8,6	26,4	61,8	100,0
Non ho fiducia nelle mie sensazioni	0,5	4,7	10,7	24,8	59,3	100,0
Ho paura del sesso	0,3	1,2	3,4	19,1	76,0	100,0
Sono soddisfatta di essere la persona che sono	11,3	42,7	40,4	5,5	0,2	100,0
Riesco facilmente a fare conoscenza e amicizia con le persone e mi sento a mio agio quando sono con le altre persone	13,9	44,1	34,2	7,5	0,3	100,0
Sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità	6,9	46,1	36,5	8,4	2,1	100,0
Nelle relazioni ammetto i miei sentimenti qualunque essi siano	9,6	45,8	31,5	11,8	1,3	100,0
Mi sento spesso inferiore agli altri	0,7	4,7	10,5	31,5	52,7	100,0
Il sesso non mi interessa, ne faccio volentieri a meno	1,7	2,7	10,8	32,3	52,5	100,0
Il sesso mi crea (mi ha creato) sensi di colpa	0,2	1,0	5,6	18,7	74,5	100,0
Mi capita spesso di avere improvvisi scoppi di ira con amici e familiari	0,8	4,0	18,2	23,5	53,5	100,0
Molte volte mi trattengo dal chiedere qualcosa di cui ho bisogno per paura di ricevere un "no"	0,8	5,3	19,9	25,7	48,2	100,0
Mi sento spesso priva di risorse e incapace	0,0	2,8	9,7	27,6	59,9	100,0

**Tavola 6.10.b - Donne abusate e mai mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Moltissimo d'accordo	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Poco d'accordo	Per niente d'accordo	Totale
Riesco a esprimere liberamente ciò che provo	10,8	39,9	31,8	16,0	1,4	100,0
Mi vergogno di me e tendo a colpevolizzarmi	0,0	1,5	22,6	27,1	48,9	100,0
Non ho fiducia nelle mie sensazioni	0,0	5,3	15,0	33,8	45,9	100,0
Ho paura del sesso	0,0	1,5	7,5	16,4	74,6	100,0
Sono soddisfatta di essere la persona che sono	7,5	33,1	46,6	12,0	0,8	100,0
Riesco facilmente a fare conoscenza e amicizia con le persone e mi sento a mio agio quando sono con le altre persone	9,0	42,9	31,6	14,3	2,3	100,0
Sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità	7,6	34,4	35,1	18,3	4,6	100,0
Nelle relazioni ammetto i miei sentimenti qualunque essi siano	6,2	36,9	35,4	19,2	2,3	100,0
Mi sento spesso inferiore agli altri	0,7	6,0	15,7	37,3	40,3	100,0
Il sesso non mi interessa, ne faccio volentieri a meno	0,0	6,8	8,3	30,1	54,9	100,0
Il sesso mi crea (mi ha creato) sensi di colpa	0,0	1,5	15,8	21,8	60,9	100,0
Mi capita spesso di avere improvvisi scoppi di ira con amici e familiari	2,3	5,3	15,0	27,1	50,4	100,0
Molte volte mi trattengo dal chiedere qualcosa di cui ho bisogno per paura di ricevere un "no"	3,0	3,7	26,1	27,6	39,6	100,0
Mi sento spesso priva di risorse e incapace	0,8	3,0	10,6	31,1	54,5	100,0

Tavola 6.10.c - Donne mal-trattate e mai abusate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni

Affermazioni	Moltissimo d'accordo	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Poco d'accordo	Per niente d'accordo	Totale
Riesco a esprimere liberamente ciò che provo	8,2	29,4	44,8	14,3	3,4	100,0
Mi vergogno di me e tendo a colpevolizzarmi	0,5	3,9	13,1	30,0	52,4	100,0
Non ho fiducia nelle mie sensazioni	1,4	5,8	10,8	32,0	50,0	100,0
Ho paura del sesso	0,5	2,0	4,7	20,8	72,0	100,0
Sono soddisfatta di essere la persona che sono	10,4	30,7	46,0	10,4	2,6	100,0
Riesco facilmente a fare conoscenza e amicizia con le persone e mi sento a mio agio quando sono con le altre persone	13,3	32,8	40,7	11,0	2,1	100,0
Sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità	7,2	28,2	42,1	15,1	7,5	100,0
Nelle relazioni ammetto i miei sentimenti qualunque essi siano	9,9	32,4	36,8	16,3	4,6	100,0
Mi sento spesso inferiore agli altri	2,4	5,2	16,9	34,9	40,6	100,0
Il sesso non mi interessa, ne faccio volentieri a meno	1,8	8,7	12,5	33,4	43,7	100,0
Il sesso mi crea (mi ha creato) sensi di colpa	0,5	2,6	11,1	19,0	66,9	100,0
Mi capita spesso di avere improvvisi scoppi di ira con amici e familiari	2,9	5,2	18,4	27,3	46,2	100,0
Molte volte mi trattengo dal chiedere qualcosa di cui ho bisogno per paura di ricevere un "no"	2,7	12,1	25,2	26,5	33,7	100,0
Mi sento spesso priva di risorse e incapace	0,5	6,5	13,8	31,5	47,7	100,0

**Tavola 6.10.d - Donne abusate e mal-trattate secondo il grado di accordo/disaccordo con le affermazioni**

Affermazioni	Moltissimo d'accordo	Molto d'accordo	Abbastanza d'accordo	Poco d'accordo	Per niente d'accordo	Totale
Riesco a esprimere liberamente ciò che provo	12,6	25,2	39,9	18,4	3,8	100,0
Mi vergogno di me e tendo a colpevolizzarmi	0,2	8,2	18,8	30,1	42,7	100,0
Non ho fiducia nelle mie sensazioni	0,7	9,2	14,3	29,5	46,4	100,0
Ho paura del sesso	1,0	1,7	7,8	24,8	64,8	100,0
Sono soddisfatta di essere la persona che sono	11,4	24,6	46,1	14,7	3,1	100,0
Riesco facilmente a fare conoscenza e amicizia con le persone e mi sento a mio agio quando sono con le altre persone	14,1	31,6	36,7	15,8	1,7	100,0
Sono soddisfatta di come vivo la mia sessualità	10,2	24,8	41,6	17,0	6,3	100,0
Nelle relazioni ammetto i miei sentimenti qualunque essi siano	10,6	35,4	34,5	15,4	4,1	100,0
Mi sento spesso inferiore agli altri	1,5	9,7	22,1	34,2	32,5	100,0
Il sesso non mi interessa, ne faccio volentieri a meno	2,7	4,6	18,6	25,8	48,3	100,0
Il sesso mi crea (mi ha creato) sensi di colpa	2,4	5,4	18,5	18,0	55,7	100,0
Mi capita spesso di avere improvvisi scoppi di ira con amici e familiari	1,5	8,3	18,1	30,1	42,1	100,0
Molte volte mi trattengo dal chiedere qualcosa di cui ho bisogno per paura di ricevere un "no"	4,6	12,6	28,0	25,1	29,7	100,0
Mi sento spesso priva di risorse e incapace	1,2	5,5	22,4	33,7	37,1	100,0

## 7. Sicurezza e violenza delle donne abusate

Tavola 7.1.a - Donne abusate e mai mal-trattate secondo il verificarsi di alcune situazioni e la frequenza

Situazioni	mai	una volta	più di un volta	qualche volta	spesso	non ricorda	n.r.	Totale
Molestia sessuale verbale (es. discorsi pornografici spacciandoli per educazione sessuale)	82,4	10,8	1,9	4,1	0,0	0,0	0,8	100,0
Esposta alla visione di materiale pornografico	77,4	9,8	7,5	4,5	0,0	0,0	0,8	100,0
Richiesta di manipolare o toccare i genitali o altre parti del corpo altrui	64,4	25,5	6,6	2,6	0,0	0,1	0,8	100,0
Richiesta di manipolare o toccare i genitali o altre parti del corpo altrui	71,6	19,4	4,5	3,7	0,0	0,0	0,8	100,0
Esposta alla visione di genitali o di atti di masturbazione altrui	47,2	42,7	8,4	1,7	0,0	0,0	0,0	100,0
Richiesta di compiere atti di masturbazione su se stessa o su terzi	94,8	3,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,7	100,0
Tentativi di penetrazione	94,6	3,2	1,4	0,0	0,0	0,0	0,8	100,0
Subito rapporti sessuali completi (atti di penetrazione)	99,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	100,0

Tavola 7.1.b - Donne abusate e mal-trattate secondo il verificarsi di alcune situazioni e la frequenza

Situazioni	mai	una volta	più di un volta	qualche volta	spesso	non ricorda	n.r.	Totale
Molestia sessuale verbale (es. discorsi pornografici spacciandoli per educazione sessuale)	80,8	8,2	4,6	5,4	0,5	0,5	0,0	100,0
Esposta alla visione di materiale pornografico	75,5	8,7	7,6	6,8	1,2	0,2	0,0	100,0
Subito manipolazioni e tocamenti dei genitali o di altre parti del corpo	53,6	21,2	14,7	6,6	2,2	1,7	0,0	100,0
Richiesta di manipolare o toccare i genitali o altre parti del corpo altrui	70,6	13,7	8,0	5,3	2,2	0,2	0,0	100,0
Esposta alla visione di genitali o di atti di masturbazione altrui	48,7	31,3	13,7	4,1	1,9	0,3	0,0	100,0
Richiesta di compiere atti di masturbazione su se stessa o su terzi	87,4	5,1	3,4	2,2	1,9	0,0	0,0	100,0
Tentativi di penetrazione	85,1	5,8	5,1	1,9	1,9	0,2	0,0	100,0
Subito rapporti sessuali completi (atti di penetrazione)	95,6	1,0	1,0	0,5	1,7	0,2	0,0	100,0

**Tavola 7.2.a - Donne abusate secondo l'età al primo episodio di abuso  
(percentuale di riga)**

<b>Età</b>	<b>Solo abuso sessuale</b>	<b>Forme multiple di ESI</b>	<b>Totale</b>
0-6 anni	18,9	81,1	100,0
7-10 anni	26,6	73,4	100,0
11-14 anni	23,9	76,1	100,0
15-17 anni	18,2	81,8	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.2.b - Donne abusate secondo l'età al primo episodio di abuso  
(percentuale di colonna)**

<b>Età</b>	<b>Solo abuso sessuale</b>	<b>Forme multiple di ESI</b>	<b>Totale</b>
0-6 anni	10,4	14,5	13,5
7-10 anni	48,5	43,2	44,5
11-14 anni	31,3	32,4	32,1
15-17 anni	6,0	8,7	8,0
<i>n.r.</i>	3,7	1,2	1,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.3.a - Donne abusate secondo la differenza di età con la persona  
con cui hanno avuto il primo episodio di abuso sessuale  
(percentuale di riga)**

<b>Differenze di età</b>	<b>Solo abuso sessuale</b>	<b>Forme multiple di ESI</b>	<b>Totale</b>
Coetanei	16,7	83,3	100,0
Più piccolo di 3 anni	0,0	100,0	100,0
Più grande di 3 anni	29,2	70,8	100,0
4-7 anni meno di lui	23,8	76,2	100,0
Più piccolo di 10 anni	100,0	0,0	100,0
Più grande di 10 anni e oltre	24,0	76,0	100,0
Non ricordo	33,3	66,7	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.3.b - Donne abusate secondo la differenza di età con la persona con cui hanno avuto il primo episodio di abuso sessuale (percentuale di colonna)**

Differenze di età	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Coetanei	6,1	10,2	9,1
Più piccolo di 3 anni	0,0	0,3	0,2
Più grande di 3 anni	5,3	4,3	4,6
4-7 anni più di lui	0,0	0,0	0,0
4-7 anni meno di lui	7,6	8,1	8,0
Più piccolo di 10 anni	2,3	0,0	0,6
Più grande di 10 anni e oltre	66,7	70,8	69,8
Non ricordo	4,5	3,0	3,4
<i>n.r.</i>	7,6	3,3	4,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.4.a - Donne abusate secondo la durata degli episodi di abuso (percentuale di riga)**

Durata	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Meno di un mese	8,7	91,3	100,0
Da più di un mese a sei mesi	23,1	76,9	100,0
Da più di sei mesi a un anno	11,4	88,6	100,0
Da più di un anno a tre anni	11,4	88,6	100,0
Oltre tre anni	0,0	100,0	100,0
Episodio singolo	33,0	67,0	100,0
Non ricordo	20,0	80,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.4.b - Donne abusate secondo la durata degli episodi di abuso (percentuale di colonna)**

Durata	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Meno di un mese	3,0	10,1	8,4
Da più di un mese a sei mesi	6,8	7,2	7,1
Da più di sei mesi a un anno	3,8	9,4	8,0
Da più di un anno a tre anni	3,8	9,4	8,0
Oltre tre anni	0,0	4,8	3,7
Episodio singolo	71,4	46,6	52,7
Non ricordo	5,3	6,8	6,4
<i>n.r.</i>	6,0	5,6	5,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.5 - Donne abusate secondo alcuni elementi che hanno caratterizzato gli episodi di abuso indicati**

Elementi	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Episodi accaduti prevalentemente in ambiente domestico	11,0	89,0	100,0
Episodi accaduti prevalentemente in ambiente extra domestico	23,1	76,9	100,0
Episodi accaduti quando la madre non era presente	23,3	76,7	100,0
Alla presenza di altri bambini			
coinvolgimento diretto di altri bambini	15,7	84,3	100,0
Imposizione del segreto con la violenza	7,6	92,4	100,0
Imposizione del segreto con le lusinghe (promesse di regali, ecc.)	23,9	76,1	100,0
Minaccia	2,5	97,5	100,0
Inganno ( controllo della crescita, giochi)	25,3	74,7	100,0
Episodi accaduti nel contesto di rituali magici o religiosi	0,0	100,0	100,0
Non ricordo	23,6	76,4	100,0
altro	44,4	55,6	100,0

**Tavola 7.6 - Donne abusate secondo i vissuti traumatici a seguito di episodi di abuso**

Sentimenti	% risposte	per 100 abusate
Tradimento	13,8	29,3
Stigmatizzazione	15,4	32,6
Impotenza	37,4	79,4
Shock	15,9	33,7
Sessualizzazione traumatica	3,5	7,5
Nessuna particolare reazione negativa	1,2	2,6
Non desidero parlarne	0,5	1,1
Altro	10,9	23,1
Nessun sentimento in particolare	1,4	2,9

**Tavola 7.7 - Donne abusate secondo il tipo di reazione avuta a seguito di episodi di abuso**

Reazioni	% risposte	per 100 abusate
Dissociazione	1,0	0,2
Hyperarousal	1,0	0,2
Depressione	0,0	0,0
Neutralizzazione dell'evento attraverso risorse interne	6,9	1,3
Neutralizzazione dell'evento attraverso risorse esterne	39,6	7,3
Nessuna reazione in particolare	51,5	9,5

**Tavola 7.8 - Donne abusate secondo i problemi di salute avuti a seguito di episodi di abuso**

Problemi	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Mi ammalavo spesso	3,8	96,2	100,0
Avevo spesso mal di testa/cefalea	11,3	88,7	100,0
Riportai disturbi vaginali	29,4	70,6	100,0
Avevi disturbi gastrointestinali	19,4	80,6	100,0
Mi capitava di vomitare	9,7	90,3	100,0
Facevo spesso la pipì a letto	30,0	70,1	100,0
Non desidero parlarne	26,4	73,6	100,0
Nessuno	24,9	75,1	100,0

**Tavola 7.9 - Donne abusate secondo il modo di vivere il rapporto con gli altri a seguito di episodi di abuso**

I rapporti con gli altri	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Ho avuto difficoltà sessuali	14,6	85,4	100,0
Era difficile per me iniziare relazioni affettive	18,2	81,8	100,0
Ho avuto paura della sessualità	9,7	90,3	100,0
Facevo giochi sessuali con amici e amiche	46,3	53,8	100,0
Non mi fidavo in genere più delle persone	16,8	83,2	100,0
Non mi fidavo degli altri perché temevo volessero fare del sesso con me	20,0	80,0	100,0
Facevo giochi sessuali da sola	51,7	48,4	100,0
Non desidero parlarne	34,4	65,6	100,0
Altro	27,7	72,3	100,0

**Tavola 7.10.a - Donne abusate secondo l'eventuale confidenza fatta ad altri degli episodi di abuso (percentuale di riga)**

Ha parlato con qualcuno	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	28,2	71,8	100,0
No	16,2	83,8	100,0
<i>Se sì, quando</i>			
Mentre quegli avvenimenti accadevano	34,2	65,8	100,0
A distanza di un mese/ pochi mesi	35,9	64,1	100,0
Entro un anno	62,5	37,5	100,0
Molti anni più tardi	17,7	82,3	100,0
Non ricorda	0,0	100,0	100,0

**Tavola 7.11.b - Donne abusate secondo l'eventuale confidenza fatta ad altri degli episodi di abuso (percentuale di colonna)**

Ha parlato con qualcuno	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	75,4	62,1	65,3
No	20,1	33,8	30,5
<i>n.r.</i>	4,5	4,1	4,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.11.a - Donne abusate secondo la persona con cui parlarono per la prima volta degli episodi subiti (percentuale di riga)**

Persona con cui parlò	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Madre	35,8	64,2	100,0
Padre	33,3	66,7	100,0
Fratello/sorella	42,9	57,1	100,0
Partner	14,3	85,7	100,0
Amico/a	24,5	75,5	100,0
Altri familiari	22,8	77,2	100,0
Vicino di casa o amico di famiglia	45,8	54,2	100,0
Insegnante	0,0	100,0	100,0
Psicologo	33,3	66,7	100,0
Non ricorda	5,6	94,4	100,0
Altro	0,0	100,0	100,0
<i>n.r.</i>	7,1	92,9	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.11.b - Donne abusate secondo la persona con cui parlarono per la prima volta degli episodi subiti (percentuale di colonna)**

Persona con cui parlò	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Madre	40,6	27,9	31,4
Padre	2,8	2,2	2,4
Entrambi genitori	8,5	4,3	5,5
Fratello/sorella	2,8	6,5	5,5
Partner	11,3	13,4	12,8
Amico/a	19,8	25,7	24,1
Altri familiari	10,4	4,7	6,3
Vicino di casa o amico di famiglia	0,0	0,4	0,3
Insegnante	1,9	1,4	1,6
Psicologo	0,9	6,2	4,7
Non ricorda	0,0	0,0	0,0
Altro	0,0	2,5	1,8
<i>n.r.</i>	0,9	4,7	3,7
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.12.a - Donne abusate secondo l'effetto che ebbe l'aver parlato degli episodi subiti (percentuale di riga)**

Parlarne fu	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Utile	28,8	71,2	100,0
Risolutivo	38,2	61,8	100,0
Inutile	28,2	71,8	100,0
Peggioro	0,0	100,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.12.b - Donne abusate secondo l'effetto che ebbe l'aver parlato degli episodi subiti (percentuale di colonna)**

Parlarne fu	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Utile	58,9	56,7	57,3
Risolutivo	19,6	12,4	14,4
Inutile	18,7	18,5	18,6
Peggioro	0,0	3,3	2,4
<i>n.r.</i>	2,8	9,1	7,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.13 - Donne abusate secondo l'eventuale effetto concreto che ebbe l'aver parlato degli episodi subiti**

<b>Effetti riscontrati</b>	<b>Solo abuso sessuale</b>	<b>Forme multiple di ESI</b>	<b>Totale</b>
Si	35,2	64,8	100,0
No	25,6	74,4	100,0
Se sì, quali			
Allontanamento della persona responsabile	41,1	58,9	100,0
Fui allontanata dalla persona responsabile	49,1	50,9	100,0
Fu fatta una denuncia	21,3	78,7	100,0
La persona con la quale mi confidai ne parlò con il/la responsabile e questa/o cessò il comportamento	15,6	84,4	100,0
Furono avvertiti i familiari della persona responsabile	2,9	97,1	100,0
Furono informati i servizi	31,1	68,9	100,0
Non mi hanno creduto/mi hanno detto che avevo capito male	15,8	84,2	100,0
Non ricorda	36,2	63,8	100,0
Altro	32,7	67,3	100,0

**Tavola 7.14 - Donne abusate secondo il ricordo che hanno degli episodi subiti**

<b>Ricordo</b>	<b>Solo abuso sessuale</b>	<b>Forme multiple di ESI</b>	<b>Totale</b>
Si, li ho sempre ricordati	24,1	75,9	100,0
Alcuni episodi li ho ricordati solo successivamente	20,7	79,3	100,0
Li ho dimenticati per un certo periodo di tempo e recuperati solo successivamente	29,9	70,1	100,0
Altro	26,1	73,9	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 7.15 - Donne abusate secondo l'avvenimento che ha aiutato il ricordo degli episodi subiti**

Cosa ha aiutato a ricordare	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Parlarne con un amico/un familiare	29,3	70,7	100,0
Parlarne/incontrare la persona responsabile	32,6	67,4	100,0
La psicoterapia	10,3	89,7	100,0
Un episodio che è accaduto successivamente	12,1	87,9	100,0
Il ritrovamento di diari, fotografie, lettere o altri documenti	46,1	53,9	100,0
La lettura di un libro	63,6	36,4	100,0
La visione di un film/documentario	8,5	91,5	100,0
Non ricorda	21,3	78,7	100,0
Altro	31,4	68,6	100,0

**Tavola 7.16 - Donne abusate secondo l'effetto che ha avuto il recupero dei ricordi degli episodi subiti**

Effetti del ricordo	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Mi ha fatto molto soffrire	16,7	83,3	100,0
Ha peggiorato le mie condizioni di salute fisica/psichica	0,0	100,0	100,0
Mi ha aiutato a riprendere il controllo della mia vita	21,1	78,9	100,0
Sono stata meglio	25,0	75,0	100,0
Altro	28,8	71,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

## 8. Sicurezza e violenza delle donne mal-trattate

**Tavola 8.1.a - Donne maltrattate e mai abusate secondo il tipo di mal-trattamento subito e la frequenza con cui è accaduto**

Tipologia di mal-trattamento	Sempre	Spesso	Qualche volta	Mai	Totale
Quando ero malata i miei genitori non chiamavano il dottore né mi facevano fare visite mediche di controllo	0,0	1,3	6,9	91,8	100,0
I genitori non controllavano se i miei vestiti erano adeguati alla stagione, puliti o sporchi né si preoccupavano se avevo mangiato oppure no	0,2	0,6	4,5	94,8	100,0
I miei genitori non mi seguivano nelle attività scolastiche né verificavano se ero andata a scuola	3,4	5,8	14,3	76,6	100,0
I miei genitori non mi seguivano nella fase dell'addormentamento	9,6	12,5	33,8	44,1	100,0
I miei genitori non giocavano con me	9,4	20,4	37,1	33,1	100,0
Da bambina ero affidata a persone molto anziane o estranee	2,0	5,5	19,0	73,5	100,0
Da bambina ho assistito a liti verbali tra i miei genitori	4,7	11,8	36,8	46,7	100,0
Da bambina ho assistito a liti verbali con aggressioni fisiche tra i miei genitori	1,4	3,2	10,3	85,2	100,0
A seguito di percosse ricevute in famiglia ho riportato traumi fisici ed ho avuto bisogno di cure mediche	0,4	0,2	1,6	97,9	100,0
In famiglia, da bambina venivo punita con punizioni fisiche ricorrenti	1,5	2,0	14,4	82,1	100,0
In famiglia potevo essere percossa con oggetti, tirate per i capelli o strattoni violenti	1,4	1,6	15,5	81,6	100,0
In famiglia ero oggetto di critiche o ironie ed ero trattata come se fossi incapace e buona a nulla	0,6	1,8	14,2	83,4	100,0
Da bambina ho assistito a comportamenti di aggressione verbale, offese e svalutazioni nei confronti di un altro familiare	2,1	5,5	23,0	69,4	100,0
Da bambina ho assistito a molestie sessuali o violenze su altri familiari adulti o minori	0,0	0,1	1,4	98,5	100,0

**Tavola 8.1.b - Donne abusate e maltrattate secondo il tipo di mal-trattamento subito e la frequenza con cui è accaduto**

Tipologia di mal-trattamento	Sempre	Spesso	Qualche volta	Mai	Totale
Quando ero malata i miei genitori non chiamavano il dottore né mi facevano fare visite mediche di controllo	0,2	1,5	12,0	86,3	100,0
I genitori non controllavano se i miei vestiti erano adeguati alla stagione, puliti o sporchi né si preoccupavano se avevo mangiato oppure no	0,0	1,9	4,9	93,2	100,0
I miei genitori non mi seguivano nelle attività scolastiche né verificavano se ero andata a scuola	6,3	7,2	14,6	71,9	100,0
I miei genitori non mi seguivano nella fase dell'addormentamento	17,8	13,7	23,6	44,9	100,0
I miei genitori non giocavano con me	16,2	18,3	30,6	34,9	100,0
Da bambina ero affidata a persone molto anziane o estranee	4,7	6,9	17,4	71,1	100,0
Da bambina ho assistito a liti verbali tra i miei genitori	9,4	19,3	32,9	38,4	100,0
Da bambina ho assistito a liti verbali con aggressioni fisiche tra i miei genitori	2,8	6,3	17,9	73,1	100,0
A seguito di percosse ricevute in famiglia ho riportato traumi fisici ed ho avuto bisogno di cure mediche	0,0	0,4	5,4	94,3	100,0
In famiglia, da bambina venivo punita con punizioni fisiche	0,7	6,7	18,9	73,7	100,0
In famiglia potevo essere percossa con oggetti, tirate per i capelli o strattoni violenti	1,0	6,0	13,9	79,1	100,0
In famiglia ero oggetto di critiche o ironie ed ero trattata come se fossi incapace e buona a nulla	1,9	9,3	18,3	70,6	100,0
Da bambina ho assistito a comportamenti di aggressione verbale, offese e svalutazioni nei confronti di un altro familiare	3,0	12,9	32,3	51,8	100,0
Da bambina ho assistito a molestie sessuali o violenze su altri familiari adulti o minori	0,0	0,9	4,1	95,0	100,0

**Tavola 8.2.a - Donne mal-trattate che hanno parlato con qualcuno della propria esperienza (percentuale di riga)**

Hanno parlato	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	62,3	37,7	100,0
No	77,3	22,7	100,0
<b>Totale</b>	<b>73,2</b>	<b>26,8</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.2.b - Donne mal-trattate che hanno parlato con qualcuno della propria esperienza (percentuale di colonna)**

Hanno parlato	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	25,7	42,8	30,3
No	52,6	42,3	49,9
<i>n.r.</i>	21,6	15,0	19,8
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.3.a - Donne mal-trattate secondo la persona con cui parlarono per la prima volta degli episodi subiti (percentuale di riga)**

Persona con cui parlò	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Madre	55,8	44,2	100,0
Padre	28,6	71,4	100,0
Entrambi i genitori	35,3	64,7	100,0
Fratello/sorella	64,5	35,5	100,0
Partner	54,5	45,5	100,0
Amico/a	71,9	28,1	100,0
Altri familiari	63,6	36,4	100,0
Vicino di casa o amico di famiglia	75,0	25,0	100,0
Insegnante	70,0	30,0	100,0
Psicologo	44,8	55,2	100,0
Altri	61,3	38,7	100,0
<b>Totale</b>	<b>73,2</b>	<b>26,8</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.3.b - Donne mal-trattate secondo la persona con cui parlarono per la prima volta degli episodi subiti (percentuale di colonna)**

Persona con cui parlò	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Madre	4,5	7,9	5,5
Padre	0,4	2,1	0,9
Entrambi i genitori	1,1	4,6	2,2
Fratello/sorella	7,4	9,2	8,0
Partner	6,7	12,6	8,5
Amico/a	18,1	15,9	17,4
Altri familiari	6,5	8,4	7,1
Vicino di casa o amico di famiglia	0,6	0,4	0,5
Insegnante	1,3	1,3	1,3
Psicologo	2,4	6,7	3,7
Altri	3,5	5,0	4,0
<i>n.r.</i>	47,5	25,9	40,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.4.a - Donne mal-trattate secondo l'utilità della reazione della persona con cui si erano confidate (percentuale di riga)**

Parlarne fu	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Molto utile	55,5	44,5	100,0
Abbastanza utile	58,8	41,2	100,0
Poco utile	69,4	30,6	100,0
Per niente utile	77,4	22,6	100,0
Non so	79,6	20,4	100,0
<b>Totale</b>	<b>73,2</b>	<b>26,8</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.4.b - Donne mal-trattate secondo l'utilità della reazione della persona con cui si erano confidate (percentuale di colonna)**

Parlarne fu	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Molto utile	11,4	20,4	14,2
Abbastanza utile	19,9	31,3	23,4
Poco utile	11,0	10,8	10,9
Per niente utile	49,2	32,1	43,9
Non so	7,3	4,2	6,3
<i>n.r.</i>	1,3	1,3	1,3
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.5.a - Donne mal-trattate secondo la persona da cui si sarebbero aspettate protezione**

Persona da cui si sarebbero aspettati protezione	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Madre	70,5	29,5	100,0
Padre	64,1	35,9	100,0
Fratello/sorella	72,5	27,5	100,0
Partner	44,6	55,4	100,0
Amico/a	64,0	36,0	100,0
Altri familiari	68,1	31,9	100,0
Vicino di casa o amico di famiglia	83,2	16,8	100,0
Insegnante	54,4	45,6	100,0
Psicologo	0,0	100,0	100,0
Altri	77,1	22,9	100,0

**Tavola 8.5.b - Donne mal-trattate secondo la persona da cui si sarebbero aspettate protezione (risposte multiple)**

Persona con cui parlò	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI
Madre	11,6	12,1
Padre	30,7	42,6
Fratello/sorella	7,5	7,1
Partner	0,2	0,5
Amico/a	0,2	0,3
Altri familiari	8,3	9,7
Vicino di casa o amico di famiglia	0,8	0,4
Insegnante	0,5	0,9
Psicologo	0,0	0,1
Altri	52,4	38,7

**Tavola 8.6.a - Donne mal-trattate che sono state protette o meno (percentuale di riga)**

Protezione	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	67,6	32,4	100,0
No	71,8	28,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>73,2</b>	<b>26,8</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.6.b - Donne mal-trattate che sono state protette o meno (percentuale di colonna)**

Protezione	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Sì	17,1	22,4	18,5
No	50,0	53,7	51,0
<i>n.r.</i>	32,9	23,9	30,5
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.7 - Donne mal-trattate secondo il ricordo che hanno degli episodi subiti**

Ricordo	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Si, li ho sempre ricordati	71,1	28,9	100,0
Alcuni episodi li ho ricordati solo successivamente	67,2	32,8	100,0
Li ho dimenticati per un certo periodo di tempo e recuperati solo successivamente	69,0	31,0	100,0
Altro	77,3	22,7	100,0
<b>Totale</b>	<b>73,2</b>	<b>26,8</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 8.8 - Donne mal-trattate secondo l'avvenimento che ha aiutato il ricordo degli episodi subiti**

Cosa ha aiutato a ricordare	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
Parlarne con un amico/un familiare	71,4	28,6	100,0
Parlarne/incontrare la persona responsabile	24,2	75,8	100,0
La psicoterapia	52,5	47,5	100,0
Un episodio che è accaduto successivamente	70,1	29,9	100,0
Il ritrovamento di diari, fotografie, lettere o altri documenti	84,8	15,2	100,0
La lettura di un libro	56,2	43,8	100,0
La visione di un film/documentario	69,4	30,6	100,0
Non ricorda	63,4	36,6	100,0
Altro	88,1	11,9	100,0

## 9. L'età adulta delle donne secondo il percorso di vita dichiarato

**Tavola 9.1.a - Donne almeno abusate secondo il tipo di consulenza o aiuto specialistico chiesto in età adulta per affrontare le difficoltà collegate agli eventi vissuti (percentuale di riga)**

Consulenza richiesta	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
No, a nessuno	21,8	78,2	100,0
Si, ai servizi territoriali	5,4	94,6	100,0
Si, a uno psicologo privato	6,3	93,8	100,0
Si, a uno psichiatra privato	0,0	100,0	100,0
Si, ad un medico	0,0	100,0	100,0
Si, ad un prete/religioso	0,0	100,0	100,0
Si, ad altra figura	0,0	100,0	100,0
<b>Totale</b>	<b>24,4</b>	<b>75,6</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 9.1.b - Donne almeno abusate secondo il tipo di consulenza o aiuto specialistico chiesto in età adulta per affrontare le difficoltà collegate agli eventi vissuti (percentuale di colonna)**

Consulenza richiesta	Solo abuso sessuale	Forme multiple di ESI	Totale
No, a nessuno	51,5	59,4	57,5
Si, ai servizi territoriali	1,5	8,4	6,7
Si, a uno psicologo privato	2,2	10,8	8,7
Si, a uno psichiatra privato	0,0	0,5	0,4
Si, ad un medico	0,0	0,2	0,2
Si, ad un prete/religioso	0,0	1,2	0,9
Si, ad altra figura	0,0	4,3	3,3
<i>n.r.</i>	44,8	15,1	22,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 9.2.a - Donne che in età adulta sono state o meno toccate, accarezzate, bacciate contro la loro volontà secondo il percorso di vita in età pregressa (percentuale di riga)**

	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si, in ambiente domestico	14,0	5,3	56,1	24,6	100,0
Si, in ambiente extra domestico	17,9	9,7	40,5	31,9	100,0
No	27,4	5,3	51,1	16,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 9.2.b - Donne che in età adulta sono state o meno toccate, accarezzate, bacciate contro la loro volontà secondo il percorso di vita in età pregressa (percentuale di colonna)**

	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si, in ambiente domestico	1,3	2,2	2,8	3,4	2,5
Si, in ambiente extra domestico	7,6	18,5	9,2	19,8	11,2
No	88,6	76,3	87,6	76,1	85,1
<i>n.r.</i>	2,5	3,0	0,4	0,7	1,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 9.3.a - Donne che in età adulta sono state esposte a minacce in ambiente domestico secondo il percorso di vita in età pregressa (percentuale di riga)**

Minacce	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si	7,6	1,8	57,3	33,2	100,0
No	29,6	6,5	48,3	15,6	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 9.3.b - Donne che in età adulta sono state esposte a minacce in ambiente domestico secondo il percorso di vita in età pregressa (percentuale di colonna)**

Minacce	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si	4,1	4,5	16,6	26,3	14,3
No	94,7	94,0	82,0	72,3	84,3
<i>n.r.</i>	1,2	1,5	1,4	1,4	1,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 9.4.a - Donne che in età adulta sono state esposte ad aggressioni fisiche in ambiente domestico secondo il percorso di vita in età pregressa (percentuale di riga)**

Aggressioni fisiche	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si	6,3	0,7	56,3	36,6	100,0
No	27,6	5,9	49,3	17,2	100,0
<b>Totale</b>	<b>26,4</b>	<b>5,9</b>	<b>49,6</b>	<b>18,1</b>	<b>100,0</b>

**Tavola 9.4.b - Donne che in età adulta sono state esposte ad aggressioni fisiche in ambiente domestico secondo il percorso di vita in età pregressa (percentuale di colonna)**

Aggressioni fisiche	Nessuna ESI	Solo abuso sessuale	Solo mal-trattamenti	Forme multiple di ESI	Totale
Si	1,5	0,7	7,0	12,5	6,2
No	94,7	91,8	89,9	86,0	90,6
<i>n.r.</i>	3,8	7,5	3,1	1,4	3,2
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>



## Riferimenti bibliografici

### Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine

- Ackerman, P., Newton, J., McPherson, W., Jones, J., Dykman, R.**  
1998 *Prevalence of post-traumatic stress disorders and other psychiatric diagnoses in 3 group of abused children (sexual, physical, and both)*, in «Child Abuse and Neglect», 22 (8), p. 759-774
- Ainsworth, M.**  
1985 *Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development*, in «Bulletin of the New York Academy of Sciences», 61, p. 771-791
- Alaggia, R.**  
2004 *Many ways of telling: expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure*, in «Child Abuse and Neglect», 28(11), p. 1213-1227
- APA (American Psychiatric Association)**  
1994 *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4. ed., Washington, DC, American Psychiatric Press
- Arata, C.**  
1998 *To tell or not to tell: current functioning of child sexual abuse survivors who disclose their victimization*, in «Child Maltreatment», 3(1), p. 63-71  
2002 *Child sexual abuse and sexual revictimization*, in «Clinical Psychology, Science and Practice», 9(2), p. 135-164
- ASPER**  
1992 *Sesso 2000: il comportamento sessuale degli italiani alle soglie del XXI secolo. Secondo rapporto di ricerca*, non pubblicato
- Babiker, G., Herbert, M.**  
1996 *The role of psychological instrument in the assessment of child sexual abuse*, in «Child Abuse Review», 5, p. 239-251
- Bailey, J.A., McCloskey, L.A.**  
2005 *Pathways to adolescent substance use among sexually abused girls*, in «Journal of Abnormal Child Psychology», 33(1), p. 39-53
- Baker, A., Duncan, S.**  
1985 *Child sexual abuse. A study of prevalence in Great Britain*, in «Child Abuse and Neglect», 9, p. 457-467
- Baker, A., Schneiderman, M., Parker, R.**  
2001 *A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York City child welfare system: Estimates of problem, impact on services, and need for training*, in «Journal of Child Sexual Abuse», 10 (4), p. 67-80
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G.**  
2003 *Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents*, «Child Abuse and Neglect», 27(8), p. 883-97
- Baral, I., Kora, K., Yueskel, S., Sezgin, V.**  
1998 *Self mutilating behavior of sexual abuse female adults in Turkey*, in «Journal of Interpersonal Violence», 13 (4), p. 427-437
- Barton, S.**  
1995 *Investigation forensic nursing*, Kansas Nurse, 70, p. 3-4
- Beck, D., Emery, M.**  
1985 *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*, New York: Basic Books
- Beitchman, J., Zucher, K., Hood, J., Da Costa, G., Akman, D.**  
1991 *A review of the short term effects of child sexual abuse*, in «Child Abuse and Neglect», 15, p. 537-556; 16, p. 101-118

- Bergen, H.A., Martin, G., Richardson, A.S., Allison, S., Roeger, L.**  
2003 *Sexual abuse and suicidal behavior: a model constructed from a large community sample of adolescents*, in «J Am Acad Child Adolesc Psychiatry», 42(11), p. 1301-9
- Berliner, L., Bulkey, J., Jenny, C., Reid, T. (eds.)**  
1996 *Handbook on child maltreatment*, American Professional Society on the Abuse of Children
- Berliner, L., Conte, J.**  
1993 *Sexual abuse evaluations: conceptual and empirical obstacles*, in «Child Abuse and Neglect», 17, p. 111-125
- Berliner, L., Conte, J.**  
1995 *The effects of disclosure and intervention on sexually abused children*, in «Child Abuse and Neglect», 19 (3), p. 371-384
- Berliner, L., Elliott, D.**  
1996 *Sexual abuse of children*, in Briere, J., Berliner, L., Bulkey, J., Jenny, C., Reid, T. (eds.) 1996
- Bertotti, T.**  
1990 *La protezione*, in Malacrea, M., Vassalli, A. (a cura di) 1990, p. 155-175
- Bolton, F., Morris, L., MacEachron, A.**  
1989 *Males at risk. The other side of child sexual abuse*, Thousand Oaks, Sage Publications
- Bowlby, J.**  
1988 *Una base sicura*, Milano, Raffaello Cortina
- Braitstein, P., Li, K., Tyndall, M., Spittal, P., O'Shaughnessy, M.V., Schilder, A., Johnston, C., Hogg, R.S., Schechter, M.T.**  
2003 *Sexual violence among a cohort of injection drug users*, in «Soc. Sci. Med.», 57(3), p. 561-9
- Bremner, J.D.**  
2003 *Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology*, in «Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America», 12 (2), p. 271-292
- Brems, C., Johnson, M.E., Neal, D., Freemon, M.**  
2005 *Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services*, in «American Journal of Drug and Alcohol abuse», 30 (4), p. 799-821
- Briere, J.**  
1992 *Child abuse trauma*, Thousand Oaks, Sage Publications
- Briere, J., Berliner, L., Bulkey, J., Jenny, C., Reid, T. (eds.)**  
1996 *Handbook on child maltreatment*, American Professional Society on the Abuse of Children
- Briere, J., Henschell, D., Smiljanich, K.**  
1992 *Attitudes towards sexual abuse: sex differences and construct validity*, in «Journal of Research and Personality», 26, p. 398-406
- Briere, J., Runtz, M.**  
1988 *Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women*, in «Child Abuse and Neglect», 12, p. 331-341
- Browne, A., Finkelhor, D.**  
1986 *Impact of child sexual abuse: a review of the research*, in «Psychological Bulletin», 99, p. 66-77
- Calam, R., Horne, L., Glasgow, D., Cox, A.**  
1998 *Psychological disturbance and child sexual abuse: a follow up study*, in «Child Abuse and Neglect», 22 (9), p. 901-913
- CENSIS**  
1998 *Sfruttamento sessuale e minori*, Roma

**Cerezo, A., Frias, D.**

1994 *Emotional and cognitive adjustment in abused children*, in «Child Abuse and Neglect», 18 (11), p. 923-932

**Chaffin, M., Wherry, J., Dykman, R.**

1997 *School age children's coping with sexual abuse: abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies*, in «Child Abuse and Neglect», 21 (2), p. 227-240

**Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J., Anda, R.F.**

2004 *Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood*, in «Journal of Affective Disorders», 82 (2), p. 217-25

**Choen, J., Mannarino, A.**

1998 *Factors that mediate treatment outcome of sexually abuse preschool children: 6 and 12 month follow up*, in «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 37 (1), p. 44-51

**Chop, S.M.**

2003 *Relationship Therapy with Child Victims of Sexual Abuse Placed in Residential Care*, in «Child and Adolescent Social Work Journal», 20(4), p. 297-301

**Claussen, A., Crittenden, P.**

1991 *Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment*, in «Child Abuse and Neglect», 15, p. 5-18

**Cloitre, M.**

1998 *Sexual revictimization: risk factors and prevention*, in Follete, V., et al., *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, NY, The Guildford Press, p. 278-304

**Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T., Bennett, R.**

1996 *Mediators of the long term impact of child sexual abuse: perceived stigma, betrayal, powerlessness, and selfblame*, in «Child Abuse and Neglect», 20 (5), p. 447-455

**Cohen, J., Mannarino, A.P.**

1996 *A treatment outcome study for sexually abused preschoolers: Initial findings*, in «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 35, p. 42-50

**Collin-Vezina, D., Hebert, M.**

2005 *Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls*, in «Journal of Nervous and Mental Diseases», 193 (1), p. 47-52

**Condy, S., Templar, D., Brown, R., Veaco, L.**

1987 *Parameters of sexual contact of boys and women*, in «Archives de Sexual Behaviour», 16, p. 379-394

**Crivillé, A.**

1995 *Genitori violenti, bambini maltrattati*, Napoli, Liguori

**Cross, T., De Vos, E., Whitcomb, D.**

1994 *Prosecution of child sexual abuse: which case are accepted?*, in «Child Abuse and Neglect», 18 (8), p. 663-577

1995 *Criminal justice outcomes of prosecution of child sexual abuse: a case flow analysis*, in «Child Abuse and Neglect», 19 (2), p. 1431-1442

**De Zulueta, F.**

1993 *From pain to violence*, London, Whurr, trad. it. *Dal dolore alla violenza*, Milano, Raffaello Cortina, 1999

1995 *Children and violence*, in Trowell, J., Bower, M. *Emotional needs of young children and their families. Using psychoanalytic ideas in community*, cap. 23, NY, Routledge

2002 *The treatment of psychological trauma from the perspective of attachment research*, relazione non pubblicata

**Di Blasio, P.**

1996 *Bambini violati: la paura, la vergogna, il silenzio*, in «Psicologia contemporanea», n. 137, p. 28-37

- 1997 *Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento*, in «Ecologia della mente», 20 (2), p. 153-170
- 2000 *Psicologia del bambino maltrattato*, Bologna, il Mulino
- Di Blasio, P., Barbetta, L., Bianchi, D., Fiocchi, E., Scotti, P.**
- 1999 *La violenza all'infanzia: alcuni dati*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 1, p. 137-149
- Di Nicola, P.**
- 1996 *La mancanza di sicurezza e la disattenzione: una nuova area di rischio e di abuso*, in Cirillo, G., Siani, P., Tamburini, G., Torino, Edizioni scientifiche italiane
- Dong, M., Anda, R.F., Dube, S.R., Giles, W.H., Felitti, V.J.**
- 2003 *The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood*, in «Child Abuse and Neglect», 27(6), p. 625-639
- Drell, M., Siegel, C., Gaensbauer, T.**
- 1996 *Disturbo post-traumatico da stress*, in Zeanah, C.H., *Manuale di salute mentale*, Milano, Masson, p. 255-266
- Dunne, M.P., Purdie, D.M., Cook, M.D., Boyle, F.M., Najman, J.M.**
- 2003 *Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia*, in «Child Abuse and Neglect», 27(2), p. 141-52
- Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A.N., Rodriguez, N., Pynoos, R.S.**
- 2003 *Alleged sexual abuse at a day care center: impact on parents*, in «Child Abuse and Neglect», 27(8), p. 939-950
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J., Anda, R.F.**
- 2003 *Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study*, in «Am J Psychiatry», 160(8), p. 1453-60
- Elliott, D., Briere, J.**
- 1995 *Posttraumatic stress associated with delayed recall of sexual abuse: a general population study*, in «Journal of Traumatic Stress», 8 (4), p. 629-647
- 1994 *Forensic sexual abuse evaluations of older children: Disclosures and symptomatology*, in «Behavioral Sciences and the Law», 12, p. 261-277
- Elliott, M., Browne, K., Kilcoyne, J.**
- 1995 *Children sexual abuse prevention: what offenders tell us*, in «Child Abuse and Neglect», 19 (5), p. 579-594
- Everill, J., Waller, G.,**
- 1995 *Disclosure of sexual abuse and psychological adjustment in female undergraduates*, in «Child Abuse and Neglect», 19 (1), p. 93-100
- Fehon, D.C., Grilo, C.M., Lipschitz, D.S.**
- 2005 *A comparison of adolescents inpatients with and without a history of violence perpetration: impulsivity, PTSD and violence risk*, in «Journal of Nervous and Mental Diseases», 193 (6), p. 405-11
- Feiring, C., Lynn, T., Lewis, M.**
- 1996 *A process model for understanding adaptation to sexual abuse: the role of shame in defining stigmatization*, in «Child Abuse and Neglect», 20 (8), p. 767-782
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S.**
- 2001 *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults*, in Franey K., Geffner R., Falconer R. (eds.), *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, San Diego, CA, Family Violence and Sexual Assault Institute
- Ferguson, D., Lynsley, M., Horwood, J.**
- 1996 *Child sexual abuse and psychiatric disorders in young adulthood: prevalence of se-*

- sexual abuse and factors associated with sexual abuse, in «Journal of the American Academy of Child Psychiatry»
- Fiddler, M., Jackson, J., Kapur, N., Wells, A., Creed, F.**  
2005 *Childhood adversity and frequent medical consultations*, in «General Hospital and Psychiatry», 26(5), p. 367-377
- Finkelhor, D.**  
1984 *Child Sexual Abuse. New Theory and Research*, New York, Free Press
- Finkelhor, D., Hotaling, G.T., Lewis, I.A., Smith, C.**  
1989 *Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion, and attitudes*, in «Journal of Interpersonal Violence», 4, p. 379-99
- Fitzgerald, M.M., Shipman, K.L., Jackson, J.L., McMahon, R.J., Hanley, H.M.**  
2005 *Perceptions of parenting versus parent-child interactions among incest survivors*, in «Child Abuse and Neglect», 29(6), p. 661-681
- Fleming, J., Mullen, P., Sibthorpe, B., Attewell, R., Bammer, G.**  
1998 *The relationship between childhood sexual abuse in women: a case control study*, in «Addiction», 93 (12), p. 1787-1798
- Forbes, F., Duffy, J.C., Mok, J., Lemvig, J.**  
2003 *Early intervention service for non-abusing parents of victims of child sexual abuse: pilot study*, in «British Journal of Psychiatry», 183, p. 66-72
- Friedman, M.J., Wang, S., Jalowiec, J.E., McHugo, G.J., McDonagh-Coyle, A.**  
2005 *Thyroid hormone alterations among women with posttraumatic stress disorder due to childhood sexual abuse*, in «Biol Psychiatry», 57(10), p. 1186-1192
- Friedrich, W.**  
1990 *Psychotherapy of sexually abused children and their family*, NY, Norton & C.  
1998 *Behavioral manifestations of child sexual abuse*, in «Child Abuse and Neglect», 22(6), p. 523-31; discussion 533-9
- Friedrich, W.N., Davies, W.H., Feher, E., Wright, J.**  
2003 *Sexual behaviour problems in preteen children: developmental, ecological and behavioural correlates*, in «Annals of New York Academy of Science», 989, p. 95-104
- Friedrich, W.N., Grambsch, P., Damon, L., Hewitt, S.K., Koverola, C., Lang, R.A., Wolfe, V., Broughton, D.**  
1992 *Child Sexual Behavior Inventory normative and clinical comparisons*, in «Psychological Assessment», 4, p. 303-311
- Fromuth, M.E.**  
1986 *The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women*, in «Child Abuse and Neglect», 10, p. 5-16
- Gabel, M.**  
1992 *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, PUF
- Gelinas, D.**  
1983 *The persisting negative effects of incest*, in «Psychiatry», 46, p. 312-332
- German, D., Habenicht, D., Fatcher, W.**  
1990 *Psychological profile of the female adolescent incest victim*, in «Child Abuse and Neglect», 14, p. 429-438
- Gibson, L.E., Leitenberg, H.**  
2001 *The impact of child sexual abuse and stigma on methods of coping with sexual assault among undergraduate women*, in «Child Abuse and Neglect», 25(10), p. 1343-1361
- Glaser, D.**  
2000 *Child abuse and neglect and the brain: A review*, in «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 41 (1), p. 97-116  
2002 *Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework*, in «Child Abuse and Neglect», 26, p. 697-714

- Goodman, G., Quasna, A., Batterman Fanuce, J., Riddleberger, M., Kuhn, J.**  
1994 *Predictors of accurate and inaccurate memories of traumatic events experienced in childhood*, in «Consciousness and Cognition», 3, p. 269-294
- Goodman, G., Tanb, E., Jones, D., England, P., Port, L., Rudy, L., Prado, L.**  
1992 *Emotional effects of criminal court testimony on child sexual assault victims*, Monographs of the Society for Research on Child Development, Chicago
- Green, A.**  
1998 *Factors contributing to generational transmission of child maltreatment*, in «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 37 (12), p. 1334-1336
- Hall, L., Sachs, B., Rayens, M.**  
1998 *Mothers' potential for child abuse: the roles of childhood abuse and social resources*, in «Nursing Research», 47 (2), p. 87-95
- Halperin, D., Bouvier, P., Reywicky, H.**  
1997 *A contre-coeur, a contre-corps*, Genève, Medicine et Hygiene
- Hart, J., Gunnar, M., Cicchetti, C.**  
1995 *Salivary cortisol in maltreated children: evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence*, in «Development and Psychopathology», 7, p. 11-26
- Hazzard, A., Celano, M., Gould, J., Lawry, S., Webb, C.**  
1995 *Predicting symptomatology and self-blame among child sex abuse victims*, in «Child Abuse and Neglect», 19 (6), p. 707-714
- Herman, J.**  
1992 *Trauma and recovery: the aftermath of violence*, New York, Basic Books
- Herman, J., Schatzow, E.**  
1987 *Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma*, in «Psychoanalytic Psychology», 4 (1), p. 1-14
- Herrera, V.M., McCloskey, L.A.**  
2003 *Sexual abuse, family violence and female delinquency: findings from a longitudinal study*, in «Violence Victims», 18 (3), p. 319-334
- Hetzel, M.D., McCanne, T.R.**  
2005 *The roles of peritraumatic dissociation, child physical abuse, and child sexual abuse in the development of posttraumatic stress disorder and adult victimization*, in «Child Abuse and Neglect», 29, p. 915-930
- Hibbard, R., Hartman, G.**  
1992 *Behavioral problems in alleged sexual abuse victims*, in «Child Abuse and Neglect», 16, p. 755-762
- Hierbert-Murphy, D.**  
1998 *Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: the role of a history of child sexual abuse, social support, and coping*, in «Child Abuse and Neglect», 22 (5), p. 423-435
- Holen, A.**  
1990 *A long term outcome study of survivors from disaster*, Oslo, University of Oslo Press
- Horesh, N., Sever, J., Apter, A.**  
2003 *A comparison of life events between suicidal adolescents with major depression and borderline personality disorder*, in «Compr Psychiatry», 44(4), p. 277-83
- Hornor, G.**  
2002 *Child sexual abuse: psychosocial risk factors*, in «J Pediatr Health Care», 16(4), p. 187-92
- Hyman, R.S.**  
2003 *A handbook for clinicians: Assessing and treating mentally retarded individuals who have been sexually abused*, Dissertation Abstracts International, Section B: The Sciences and Engineering, Vol. 63(8-B): 3918

**Jonzon, E., Lindblad, F.**

2005 *Adult female victims of child sexual abuse: multitype maltreatment and disclosure characteristics related to subjective health*, in «Journal of Interpersonal Violence», 20(6), p. 651-666

**Kellogg, N.D., Menard, S.W.**

2003 *Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse*, in «Child Abuse and Neglect», 27(12), p. 1367-76

**Kelly, L., Regan, L., Burton, S.**

1991 *An exploratory of the prevalence of sexual abuse in a sample of 16-21 year old*, Polytechnic of North London

**Kempe, C., Silverman, F., Steele, B., Droegmuller, W., Silver, H.**

1962 *The battered-child syndrome*, in «Journal of the American Medical Association», 181, p. 17-24

**Kendall-Tackett, K.**

2002 *The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health*, in «Child Abuse and Neglect», 26, p. 715-729

**Kendall-Tackett, K., Williams, L.M., Finkelhor, D.**

1993 *Impact of sexual abuse on children. A review and synthesis of recent empirical studies*, in «Psychological Bulletin», 113, p. 164-180

**Kinzl, J., and Biebl, W.**

1992 *Long Term Effects of Incest: Life Events Triggering Mental Disorders in Female Patients With Sexual Abuse in Childhood*, in «Child Abuse and Neglect», 16, p. 567-573

**Kogan, S.M.**

2004 *The role of disclosing child sexual abuse on adolescent adjustment and revictimization*, in «Journal of Child Sexual Abuse», 14(2), p. 25-47

**Kooiman, C.G., Ouwehand, A.W., ter Kuile, M.M.**

2002 *The Sexual and Physical Abuse Questionnaire (SPAQ). A screening instrument for adults to assess past and current experiences of abuse*, in «Child Abuse and Neglect», 26(9), p. 939-53

**Kools, S., Kennedy, C.**

2002 *Child sexual abuse treatment: Misinterpretation and mismanagement of child sexual behaviour*, in «Child Care, Health and Development», 28(3), p. 211-218

**Lampe, A.**

2002 *The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe [article in German]*, in «Z Psychosom Med Psychother», 48 (4), p. 370-380

**Leifer, M., Kilbane, T., Jacobsen, T., Grossman, G.**

2004 *A three-generational study of transmission of risk for sexual abuse*, in «Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology», 33(4), p. 662-672

**Leitenberg, H., Greenwald, E., Cado, S.**

1992 *A retrospective study of long term methods of coping with having been sexually abused during childhood*, in «Child Abuse and Neglect», 16, p. 399-407

**Leitenberg, H., Rosen, J.L., Wolf, J., Vara, L.S., Detzer, M.J., Srebniak, D.**

1994 *Comparison of cognitive-behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa*, in «Behaviour Research and Therapy», 32, p. 37-45

**Leonard, S., Steiger, H., Kao, A.**

2003 *Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates*, in «Int J Eat Disord», 33(4), p. 397-405

**Leventhal, J.**

1998 *Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions*, in «Child Abuse and Neglect», 22 (6), p. 481-491

**Long, P., & Jackson, J.**

1993 *Initial emotional response to childhood sexual abuse: Emotion profiles of victims and relationship to later adjustment*, in «Journal of Family Violence» 8, p. 167-181

**Lovett, B.**

1995 *Child sexual abuse: the female victim's relationship with her non-offending mother*, in «Child Abuse and Neglect», 19 (6), p. 729-738

**Luberti, R.**

1997a *Abuso sessuale intrafamiliare sui minori*, in Luberti, R., Bianchi, D. (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace, p. 17-36

1997b *Conseguenze sulle donne adulte dell'abuso sessuale intrafamiliare subito in età minore*, in Luberti, R., Bianchi, D. (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace, p. 156-180

**Malacrea, M.**

1997 *L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia*, in Luberti, R., Bianchi, D. (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace, p. 105-136

1998 *Trauma e riparazione*, Milano, Raffaello Cortina

2004 *La terapia nell'abuso all'infanzia: le ragioni teoriche dell'evidenza clinica*, in «Connessioni», anno VIII, 14, p. 81-100

**Malacrea, M., Lorenzini, S.**

2002 *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*, Milano, Raffaello Cortina

**Malacrea, M., Seassaro, U.**

1999 *I comportamenti sessualizzati come indicatori di abuso sessuale: validità e limiti*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 1

**Malacrea, M., Vassalli, A. (a cura di)**

1990 *Segreti di famiglia*, Milano, Raffaello Cortina

**Manion, I., Firestone, P., Cloutier, P., Ligezinska, M., McIntyre, J., Ensom, R.**

1998 *Child extrafamilial sexual abuse: predicting parent and child functioning*, in «Child Abuse and Neglect», 22 (12), p. 1285-1304

**Mannon, K., Leitschuh, G.**

2002 *Child sexual abuse: A review of definitions, instrumentation, and symptomology*, in «North American Journal of Psychology», 14(1), p. 149-160

**Mason, J.W.**

1975 *Emotion as reflected in patterns of endocrine regulation*, in Levi, L. (ed.) *Emotions. Their parameters and measurement*, New York, Raven Press

**Mason, J.W., Wang, S., Yehuda, R., Riney, S., Chamey, D., Sothwick, S.**

2001 *Psychogenic lowering of urinary cortisol levels linked to increased emotional numbing and a shame-depressive syndrome in combat-related posttraumatic stress disorder*, in «Psychosomatic Medicine», 63, p. 387-401

**McBurnett, K., Lahey, B., Rathouz, P., Loeber, R.**

2000 *Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behaviour*, in «Archives of General Psychiatry», 57 (1), p. 38-43

**McCann, I.L., & Pearlman, L.A.**

1990 *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*, New York, Brunner/Mazel

**McClellan, J., McCurry, C., Ronnei, M., Adams, J.**

1996 *Age of onset of sexual abuse: relationship to sexually inappropriate behaviors*, in «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 32 (10), p. 1375-1383

**Menard, K.S., Ruback, R.B.**

2003 *Prevalence and processing of child sexual abuse: A multi-data-set analysis of urban and rural counties*, in «Law and Human Behavior», 27(4), p. 385-402.

**Mennen, F., Meadow, D.**

1995 *The relationship of abuse characteristics to symptoms in sexually abused girls*, in «Journal of Interpersonal Violence», 10 (3), p. 259-274

**Meyerson, L.A., Long, P.J., Miranda, R.Jr., Marx, B.P.**

2002 *The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents*, in «Child Abuse and Neglect», 26(4), p. 387-405

**Moro, A.**

1996 *Manuale di diritto minorile*, Bologna, Zanichelli

**Morris, T., Lipovsky, J., Saunders, B.**

1996 *The role of perpetrator acknowledgment in mediating the impact of child sexual assault: an exploratory study*, in «Journal of Child Sexual Abuse», 5 (3), p. 95-112

**Morrison, N., Clavenna-Vallerio, J.**

1998 *Perceptions of maternal support as related to self-concept and self-report of depression in sexually abused female adolescents*, in «Journal of Child Sexual Abuse», 7 (1), p. 23-40

**Nagel, D., Putnam, F., Noll, J., Trickett, P.**

1997 *Disclosure patterns of sexual abuse and psychological functioning at 1-year follow up*, in «Child Abuse and Neglect», 21 (2), p. 137-147

**Noll, J.G.**

2005 *Does sexual abuse set in motion cycle of violence against women? What we know and what we need to learn*, in «Journal of Interpersonal Violence», 20 (4), p. 455-62

**O'Hagan, K.P.**

1995 *Emotional and psychological abuse: problems of definition*, in «Child Abuse and Neglect», 19, 4, p. 449-461

**Pellai, A.**

2003 *Un'ombra sul cuore*, Milano, Franco Angeli

**Perrone, R., Nannini, M.**

1995 *Violence et abus sexuels dans la famille*, Nanterre, ESF

**Perry, B., Pollard, R., Blakley, T., Baker, W., & Vigilante, D.**

1995 *Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How states "become traits"*, in «Infant Mental Health Journal», 16, p. 271-291

**Peters, S.D.**

1988 *Child sexual abuse and later psychological problems*, in Wyatt, G., Powell, G. (eds.), *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*, Newbury Park, California, Sage, p. 101-117

**Peters, S.D., Wyatt, G.E., Finkelhor, D.**

1986 *Prevalence in Finkelhor, D. (ed.), A sourcebook on child sexual abuse*, Beverly Hills, Sage Publications, p. 15-59

**Pine, J.D., Cohen, M.R.**

2002 *Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae*, in «Biol Psychiatry» 51(7), p. 519-31

**Plunkett, A., O'Toole, B., Swanston H., Oates, R.K., Shrimpton, S., Parkinson, P.**

2001 *Suicide risk following child sexual abuse*, in «Ambul Pediatr.», 1(5), 262-6

**Putnam, F.**

2001 *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti*, trad. it., Roma, Armando, 2005

2003 *Ten-year research update review: Child sexual abuse*, in «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 42(3), p. 269-278

- Putnam, F., Helmers, K., Trickett, P.**  
1993 *Development, reliability, and validity of a child dissociation scale*, in «Child Abuse and Neglect», 17, p. 731
- Quas, J.A., Goodman, G.S., Jones, D.**  
2003 *Predictors of attributions of self-blame and internalizing behaviour problems in sexually abused children*, in «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 44(5), p. 723-736
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E. and Best, C.L.**  
1993 *Prevalence of Civilian Trauma and PTSD in a Representative National Sample of Women*, in «Journal of Clinical & Consulting Psychology», 61 (6)
- Rind, B., Tromovitch, P., Bauserman, R.**  
1998 *A meta analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples*, in «Psychological Bulletin», 124 (1), p. 22-53
- Roche, D.N., Runtz, M.G., Hunter, M.A.**  
1999 *Adult attachment: A mediator between child sexual abuse and later psychological adjustment*, in «Journal of Interpersonal Violence», 14(2), p. 184-207
- Rowan, A., Foy, D.**  
1993 *PTSD in child sexual abuse survivors: a literature review*, in «Journal of Traumatic Stress», 6 (1), p. 3-19
- Runyan, D.**  
1998 *Prevalence, risk, sensitivity, and specificity: a commentari on the epidemiology of child sexual abuse and the development of the research agenda*, in «Child Abuse and Neglect», 22 (6), p. 493-498
- Runyon, M.K., Kenny, M.C.**  
2002 *Relationship of attributional style, depression, and posttrauma distress among children who suffered physical or sexual abuse*, in «Child Maltreatment», 7 (3), p. 254-264
- Russel, D.**  
1986 *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*, New York, Basic Books
- Runyan, D., Everson, M., Edelshon, G., Hunter, W., Coulter, M.**  
1992 *Impact of intervention on sexually abused children*, in «Journal of Pediatric», 113, p. 647-653
- Sadowski, H., Trowell, J., Kolvin, I., Weeramanthri, T., Berelowitz, M., Gilbert, L.H.**  
2003 *Sexually abused girls: patterns of psychopathology and exploration of risk factors*, in «European Child and Adolescent Psychiatry», 12(5), p. 221-230
- Sawyc, E.M., Pettingell, S., Magee, L.L.**  
2003 *The prevalence of sexual abuse among adolescents in school*, in «J Sch Nurs», 19(5), p. 266-72
- Safren, S.A., Gershuny, B.S., Marzol, P., Otto, M.W., Pollack, M.H.**  
2002 *History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder*, in «J Nerv Ment Dis.», 190(7), p. 453-6
- Salter, D., McMillan, D., Richards, M., Talbot, T., Hodges, J., Bentovim, A., Hastings, R., Stevenson, J., Skuse, D.**  
2003 *Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study*, in «Lancet», 361(9356), p. 471-476
- Sgroi, S.M., Blick, L.C., Porter, F.S.**  
1982 *A conceptual framework for child sexual abuse*, in Sgroi, S.M. (ed.), *Handbook of Clinical Intervention in Child Sexual Abuse*, Lexington, Mass, Lexington Books, p. 9-37
- Sheinberg, M., Fraenkel, P.**  
2001 *The Relational Trauma of Incest*, New York, The Guilford Press
- Sidebotham, P., Golding, J., The alspac Study Team**  
2001 *Child maltreatment in the "Children of the Nineties": A longitudinal study of parental risk factors*, in «Child Abuse and Neglect», 25(9), p. 1177-1200

- Siegel, D.J.**  
1999 *The developing brain*, New York, Guilford Press
- Silk, K., Lee, S., Hill, E., Lohr, N.**  
1995 *Borderline personality disorders symptoms and severity of sexual abuse*, in «American Journal of Psychiatry», 152 (7), p. 1059-1064
- Silovsky, J.F., Niec, L.**  
2002 *Characteristics of young children with sexual behaviour problems: a pilot study*, in «Child Maltreatment», 7 (3), p. 187-197
- Sinclair, B., Gold, S.**  
1997 *The psychological impact of withholding disclosure of child sexual abuse*, in «Violence and Victims», 12, p. 137-145
- Spaccarelli, S. and Kim, S.**  
1995 *Resilience criteria and factors associated with resilience in sexually abused girls*, in «Child Abuse and Neglect», vol. 19, p. 1171-1182
- Spak, L., Spak, F., Allebeck, P.**  
1998 *Sexual abuse and alcoholism in a female population*, in «Addiction», 93 (9), p. 1365-1373
- Steel, J., Wilson, G., Cross, H., Whipple, J.**  
1996 *Mediating factors in the development of psychopathology in victims of childhood sexual abuse*, in «Sexual Abuse Journal of Research and Treatment», 8 (4), p. 291-316
- Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Pike, K.M., Wilfley, D.E., Fairburn, C.G.**  
2002 *Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder*, in «Am J Psychiatry», 159(11), p. 1902-7
- Sullivan, P.A.**  
2002 *The sequelae of child sexual abuse in disadvantaged, ethnic minority adolescents in intensive psychiatric treatment*, Dissertation Abstracts International, Section B, The Sciences and Engineering, 62(7B), 3391
- Svedin, C.G., Back, C., Soederback, S.B.**  
2002 *Family relations, family climate and sexual abuse*, in «Nordic Journal of Psychiatry», 56(5), p. 355-362
- Swanston, H.Y., Parkinson, P.N., Oates R.K., O'Toole B.I., Plunkett A.M., Shrimpton S.**  
2002 *Further abuse of sexually abused children*, in «Child Abuse and Neglect», 26(2), p. 115-27
- Swanston, H.Y., Plunkett, A.M., O'Toole, B.I., Shrimpton, S., Parkinson, P.N., Oates, R.K.**  
2003 *Nine years after child sexual abuse*, in «Child Abuse and Neglect», 27(8), p. 967-84
- Talbot, J.A., Talbot, N.L., Tu, X.**  
2004 *Shame-proneness as a diathesis for dissociation in women with histories of childhood sexual abuse*, in «Journal of Trauma and Stress», 17(5), p. 445-448
- Tamiazzo, G.**  
2006 *Maltrattamento infantile e successive difficoltà di adattamento nel ciclo di vita*. Tesi di laurea, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Milano-Bicocca
- Taylor, N.**  
2002 *A transactional model for understanding the psychological sequelae of abuse: How asymptomatic and symptomatic child sexual abuse victims differ*, Dissertation Abstracts International, Section B, The Sciences and Engineering, 62(12-B), 5981
- Tebbutt, J., Swanson, H., Oates, R., Toole, B.**  
1997 *Five years after Child sexual abuse: persisting disfunctions and problems of prediagnosis*, in «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 36, p. 330-339

- Tedesco, J., Schnell, S.**  
1987 *Children's reactions to sex abuse investigation and litigation*, in «Child Abuse and Neglect», 11, p. 267-272
- Terr, L.**  
1970 *A family study of child sexual abuse*, in «American Journal of Psychiatry», 127 (5), p. 125-131  
1981 *Forbidden games*, in «American Journal of Child Psychiatry», 20, p. 741-760  
1991 *Childhood traumas: an outline and overview*, in «American Journal of Psychiatry», 148, p. 10-20  
1996 *Il pozzo della memoria*, trad. it. Milano, Garzanti
- Trepper, T.S., Barrett, M.J.**  
1989 *Systemic Treatment of Incest: A Therapeutic Handbook*, New York, Brunner/Mazel
- Ullman, S.E., Filipas, H.H.**  
2005 *Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors*, in «Child Abuse and Neglect», 29(7), p. 767-782
- Vigil, J.M., Geary, D.C., Byrd-Craven, J.**  
2005 *A life History assessment of early childhood sexual abuse in women*, in «Developmental Psychology», 41(3), p. 553-561
- Violato, C.**  
1994 *The effects of childhood sexual abuse and developmental psychopathology*, in «Canadian Journal of behavioral science», 23, p. 282-299
- Wang, S.**  
2005 *Traumatic stress, children's suffering and emotions*, relazione non pubblicata, Convegno "L'intelligenza emotiva", Torino
- Warren, M.**  
2002 *Defense mechanisms as moderators of trauma symptomatology in maltreated adolescents*, Dissertation Abstracts International, Section B, The Sciences and Engineering, 62(9 B), 4241
- Wells, R., McCann, J., Adams, J., Voris, J., Ensign, J.**  
1995 *Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent female*, in «Child Abuse and Neglect», 19 (2), p. 155-163
- Whiffen, V.E., Macintosh, H.B.**  
2005 *Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review*, in «Trauma Violence Abuse», 6(1), p. 24-39
- Whitmire, L., Harlow, L., Quina, K., Morokoff, P.**  
1999 *Childhood trauma and HIV: women at risk*, PA, USA, Brunnes/Mazel
- WHO (World Health Organization)**  
2002 *World Report on Violence and Health*, Geneva
- Widom, C., Ames, A.**  
1994 *Criminal consequences of childhood sexual victimization*, in «Child Abuse and Neglect», 18(4)
- Williams, L.**  
1995 *Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories*, in «Journal of Tramatic Stress», 8(4), p. 649-673
- Wolfe, D., Sas, L., Wekerle, C.**  
1994 *Factors Associated with the development of PTSD among child victims of sexual abuse*, in «Child Abuse and Neglect», 18, p. 37-50
- Wozencraft, T., Wagner, W., Pellegrin, A.**  
1991 *Depression and suicidal ideation in sexually abused children*, in «Child Abuse and Neglect», 15, p. 505-511

**Wyatt, G.E., & Newcomb, M.D.**

1990 *Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 58, p. 758-767

**Wynkoop, T.F., Capps, S.C., Priest B.J.**

1995 *Incidence and prevalence of child sexual abuse: a critical review of data collection procedures*, in «Journal of Child Sexual Abuse», 4(2), p. 49-66

**Xavier, C., Law, F., Tobias, A., Hawton, K.**

1998 *Child sexual abuse in women who take overdose: a study of prevalence and severity*, in «Archives of Suicide Research», 4(4), p. 291-306

**Zerilli, M., Rigoni, S., Caldana, L., Magrin, C., Schon, L., Valentini, R.**

2002 *Ricerca epidemiologica sulla prevalenza dell'abuso sessuale in età evolutiva*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 4, p. 73-104

**Caratteristiche  
degli effetti a lungo  
termine della violenza  
subita in età minore -  
Violenza assistita:  
un maltrattamento  
"dimenticato"**

**Abraham, S.F., Beaumont, P.J.V.**

1982 *How patients describe bulimia or binge eating*, in «Psychological medicine», 12

**Acquistapace, V., Camiscasca, E.**

2005 *Violenza all'infanzia e capacità genitoriali*, in Di Blasio, 2005

**Acquistapace, V., Ionio, C.**

2005 *La trascuratezza. Caratteristiche, segni ed effetti*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 7

**Alessi, A., Lotti, M.R.**

2001 *Trovare le parole. Violenza contro le donne, percezione e interventi sociali a Palermo*, Comune di Palermo, le Onde ONLUS

**Allen, J.G.**

2001 *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*, Chichester, Wiley & Sons

**Anderson, J., Martin, J.L., Mullen, P.E., Romans, S.E., Herbison**

1993 *Prevalence of sexual abuse in a community sample women*, in «Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 32

**APA (American Psychiatric Association)**

1980 *Diagnostic and statistic manual of mental disorders*, 3rd edition, Washington

1994 *DSM-IV*, trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, 1999

2002 *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson, p. 497-507

**Appel, A.E., Holden, G.W.**

1998 *Spouse and physical child abuse: a review appraisal*, in «Journal of Family Psychology», vol. 12, p. 578-599

**Associazione Artemisia**

2003 *Comprendere la violenza nelle relazioni di fiducia. Appunti per gli operatori*, Firenze, Provincia di Firenze, Commissione provinciale Pari opportunità, Assessorato alle Pari opportunità

2003 *Ricerca su 28 centri antiviolenza italiani 1999-2001*, a cura di Bruno, T., in *Rassegna stampa del 3° Congresso nazionale CISMAL*, dicembre 2003, Firenze

**Baldry, A.C.**

2003 *Bullying in Schools and Exposure to Domestic Violence*, in «Child Abuse and neglect», 27

**Barrois, C.**

1997 *Trauma e incesto*, in Gabel, M., Lebovici, S., Mazet, P., *Il trauma dell'incesto*, Torino, Centro Scientifico Editore

**Bart, P., Geil Moran, E.**

1993 *Violence Against Women*, London, Sage

**Bertotti, T., Bianchi, D.**

2005 *La rilevazione della violenza assistita nei servizi sociali territoriali pubblici e privati*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005

**Bessi, B.**

2001 *Conflitto e maltrattamento*. Relazione al 2° Congresso nazionale Cismai, Infanzia violata: quale protezione?, Rende (CS), 27-30 settembre 2001

**Bessi, B., Luberti, R.**

1998 *Il bambino e le sue case. Abuso sessuale: un percorso per rompere il silenzio*, in «Analisi dei segni», anno VII, n. 14

1999 *Alcune riflessioni sull'intervento nei casi di abuso sessuale*, in Casa delle Donne per non subire violenza di Bologna - Gruppo di lavoro sulla violenza ai minori (a cura di), *Deve essere stata colpa mia. Normalità della violenza all'infanzia nella famiglia*, Bologna, Casa delle Donne per non subire violenza

**Bessi, B., Luberti, R., Associazione Artemisia**

2001 *Minori e adulti abusati*, in Carini, Pedrocco Biancardi, Soavi (a cura di), 2001

**Bianchi, D.**

2004 *Un'agenda globale per la prevenzione della violenza: il rapporto mondiale su violenza e salute dell'OMS*, in Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti, *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Firenze, Istituto degli Innocenti

**Black, D.**

2005 *Bambini e violenza domestica: come possiamo aiutarli?*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005

**Bowker, L.H.**

1983 *Beating Wife-Beating*, Lanham, Lexington

**Bowlby J.**

1973 *Attaccamento e perdita*, vol. 1: *L'attaccamento alla madre*, trad. it. Torino, Boringhieri, 1976

1973 *Attaccamento e perdita*, vol. 2: *La separazione dalla madre*, trad. it. Torino, Boringhieri, 1978

**Braccini, M., Bruno, T.**

2005 *Interventi con le madri maltrattate. Il danno alla genitorialità: un caso*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005

**Bremner, J.D., Southwick, S.M., Darnell, A., Charney, D.S.**

1996 *Etiological factors in the development posttraumatic stress disorder*, in Mazure, C.M., *Does stress cause psychiatric illness?*, Washington, Dc, American Psychiatric Press

**Brewerton, T.D., Dansky, B.S., Kilpatrick, D.G., O'Neil, P.M.**

1999 *Bulimia nervosa, PTSD, and Forgetting*, in Williams, L.M, Banyard, V.L., *Trauma and Memory*, London-New Delhi, Sage Publication

**Briere, J., Runtz, M.**

1988 *Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women*, in «Child Abuse and Neglect», 12, p. 331-341

**Brown, G.R., Anderson, B.**

1991 *Psychiatric morbidity in adults inpatients with history of sexual and physical abuse*, in «American Journal of Psychiatry», 148

**Browne, A., Finkelhor, D.**

1986 *Impact of child sexual abuse: a review of the research*, in «Psychological Bulletin», 99, p. 66-77

**Bruno, T.**

2000 *Compresenza di violenza familiare sulle donne e uso di alcol. Importanza di una pre-*

- cisa rilevazione per la programmazione di interventi efficaci, in *L'alcol nell'universo femminile*, Napoli, De Nicola Editore
- 2001 *Maltrattamento e violenza sessuale sulle donne all'interno della famiglia*, Università degli Studi di Firenze, Centro Antiviolenza di Careggi, Regione Toscana
- 2002 *Percorsi di uscita dalla violenza*, in Nizzola, U., Pissacroia, M., *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin
- Bryer, J.B., Nelson, B.A., Miller, J.B., Krol, P.A.**  
1987 *Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness*, in «American Journal of Psychiatry», 144
- Calabrese, L.**  
2001 *Il ciclo della violenza: una ricerca empirica con studenti universitari*. Tesi di laurea in psicologia sociale. Facoltà di psicologia, Università degli Studi di Trieste. Relatrice: prof.ssa P. Romito
- Camisasca, E. (cura di)**  
2001 *Focus monotematico. Attaccamento e maltrattamento*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», vol. 3, n. 3, Milano, Franco Angeli
- Canale, F., Davi, A.**  
2000 *Dal fantasma al trauma*, in Brusa, L., Senin, F., *Trauma, abuso e perversione*, Milano, Franco Angeli
- Carini, A.**  
2005 *L'attenzione dei servizi ai bambini che assistono a violenze in famiglia sui fratelli: una ricerca*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005
- Carini, A., Pedrocco Biancardi, M.T., Soavi, G. (a cura di)**  
2001 *L'abuso sessuale intrafamiliare. Manuale di intervento*, Milano, Cortina
- Casa delle Donne per non subire violenza di Bologna**  
1999 *Deve essere stata colpa mia. Normalità della violenza all'infanzia nella famiglia*, a cura del Gruppo sulla violenza ai minori, s.e., Bologna, Casa delle Donne per non subire violenza
- Chu, J.A.**  
1992 *The revictimization of adult women with histories of childhood abuse*, in «Journal of Psychotherapy Practice and Research», 8
- Chu, J.A., Dill, D.L.**  
1990 *Dissociative syndrome in relation to childhood abuse*, in «Journal of Psychotherapy Practice and Research», 1
- Chu, J.A., Frey, L.M., Ganzel, B.L., Matthews, J.A.,**  
1999 *Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration*, in «American Journal of Psychiatry», 156
- CISMAI**  
1998, 1999, 2001 *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia*, www.cismai.org
- 2006 *Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, in «Prospettive sociali e sanitarie», aprile; «Maltrattamento e abuso all'infanzia», vol. 8, www.cismai.org
- 2006 *Garantire il diritto alla salute e alla protezione per bambine e bambini esposti a violenza domestica, maltrattamenti e abuso sessuale: un impegno forte che non si può rimandare*, www.cismai.org
- CISMAI, Commissione scientifica sulla violenza assistita**  
2000 *Violenza assistita*, in «Il Raccordo. Bollettino del Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia», anno 3, n. 6
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kemberg, O.F.**  
2000 *Psicoterapia delle personalità borderline*, Milano, Cortina

**Cloninger, C.R.**

1987 *Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism*, in «Science», 236

**Cloninger, C.R., Boham, M., Sigvardsson, S., Von Knorring, A.**

1985 *Psychopathology in adopted-out children of alcoholics: the Stockholm Adoption Study*, in Galanter, M. (ed.), *Recent developments in Alcoholism*, vol. 3, Plenum Publishing Corporation

**Clulow, C.**

1993 *Rethinking Marriage: Public and Private Perspectives*, London, Karnac Books

**Coons, P., Milstein, V.**

1986 *Psycosexual disturbance in multipla personalità*, in «Journal of Clinical Psychiatry», 47

**Cox, C.E., Kotch, J.B., Everson, M.D.**

2003 *A Longitudinal Study of Modifying Influences in the Relationship Between Domestic Violence and Child Maltreatment*, in «Journal of Family Violence», 18

**Craine, L.S., Henson, C.E., Colliver, J.A., Maclean, D.G.**

1988 *Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system*, in «Hospital and Community Psychiatry», 39

**Creazzo, G.**

2003 *Mi prendo e mi porto via. Le donne che hanno chiesto aiuto ai centri antiviolenza in Emilia-Romagna*, Milano, Franco Angeli

**Crittenden, P.M.**

1994 *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*, Milano, Guerini

**Crittenden, P.M.**

1997 *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Milano, Masson

**Cyrulnik, B.**

2004 *Parler d'amour au bord du gouffre*, Odile Jacob, trad. it., *Parlare d'amore sull'orlo dell'abisso*, Milano, Frassinelli, 2005

**De Young, M.**

1981 *Siblings of Oedipus: Brothers and Sisters of Incest Victims*, in «Child Welfare», vol. 50, 8, p. 561-568

**De Zulueta, F.**

1999 *Dal dolore alla violenza*, Milano, Cortina

**Delucchi, F.**

2002 *Difese e abuso di sostanze*, in Lingiardi, Madeddu, 2002

**Department of Health**

1999 *Working together to safeguard children*, London, The Stationery Office

**Di Blasio, P.**

1988 *La promozione della salute nei casi di maltrattamento all'infanzia*, Roma, NIS

1990 *Dinamica incestuosa e rapporto tra fratelli*, in Malacrea, Vassalli (a cura di), 1990

1997 *Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento*, in «Ecologia della mente», 20, 2

2000 *Psicologia del bambino maltrattato*, Bologna, Il mulino

2004 *La prevenzione della violenza all'infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi*, in Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti, *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Firenze, Istituto degli Innocenti

2005 *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Unicopli

**Di Blasio, P., Camisasca, E.**

2005 *Protocollo sui fattori di rischio e fattori protettivi nella valutazione delle competenze parentali*, in Di Blasio, 2005

**Di Blasio, P., Milani, L., Acquistapace, V.**

2003 *Bambini con molti problemi: violenza all'infanzia e intervento dei servizi*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 2

**Diano, M.D.**

2005 *La violenza estrema. Bambini che assistono all'uccisione della madre: un caso*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005

**Dmitrack, M.A., Putnam, F.W., Brewerton, T.D., Brandt, H.A., Gold, P.W.**

1990 *Dissociative phenomena in eating disorders: Relationship to clinical variables*, in «American Journal of Psychiatry», 147

**Draijer, N., Langeland, W.**

1999 *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dyssociative symptoms in psychiatric inpatients*, in «American Journal of Psychiatry», 156

**Dutton, D.G., Hart, S.D.**

1992 *Evidence for log term, specific effects of childhood abuse and neglect on criminal behavior in men*, in «International Journal of Offender therapy and comparative criminology», 36, 2

**Echlin, C., Marshall, L.**

1995 *Child Protection Services for Children of Battered Women. Practice and Controversy*, in Peled, E., Jaffe, P.G., Edleson, J.L. (a cura di), *Ending the cycle of violence. Community responses to Children of Battered Women*, London, Sage Publications

**Ellenson, G.S.**

1985 *Detecting a History of Incest. A Predictive Syndrome, Social Casework*, in «The Journal of Contemporary Social Work», 66

**Everill, J., Waller, G., Macdonald, W.**

1995 *Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women*, in «International Journal of Eating Disorders», 17

**Everson, M.D.**

1997 *Understanding bizarre, improbable, and fantasy-like elements in children's accounts of abuse*, in «Child Maltreatment», 2, 2, p. 134-149, ed. it. in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 1, 1999

**Favaro, A., Dalle Grave, R., Santonastaso, P.**

1998 *Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 97

**Finkelhor, D.**

1984 *Child sexual abuse: New Theory and Research*, N.Y., Free Press

1994 *Current information on scope and nature of child abuse*, in «Future of Children», 4

**Finkelhor, D. et al.**

1986 *A sourcebook on child sexual abuse*, Beverly Hills, CA, Sage

**Fonagy, P.**

1998 *Prevention: the Appropriate Target of Infant Psychotherapy*, in «Infant Mental Health Journal», 19, 2

**Fonagy, P.**

2002 *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Milano, Cortina

**Fonagy, P., Target, M.**

2003 *Psychoanalytic Theories. Perspectives from Developmental Psychopathology*, Hoboken, N.J., Whurr Publishers, trad. it. *Psicopatologia evolutiva*, Milano, Cortina

**Forrest, G.G.**

1985 *Psychodynamically oriented treatment of alcoholism and substance abuse*, in Bratter, T.E., Forrest, G.G., *Alcoholism and substance abuse: Strategies for Clinical Intervention*, N.Y., Free Press

**Foti, C.**

2001 *Percepire, pensare e ascoltare il maltrattamento*, in Rocca (a cura di), 2001

**Friedman, M.J.**

1990 *Interrelationships between biological mechanism and pharmacotherapy of posttraumatic stress disorders*, in Wolf, M.E., Mosnaim, A.D., *Posttraumatic stress disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment*, Washington, DC, American Psychiatric Press

**Fromuth, M.E.**

1986 *The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women*, in «Child Abuse and Neglect», 10, p. 5-15

**Fruggeri, L.**

1997 *Famiglie*, Roma, Carocci

**Gabbard, G.O.**

1994 *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV Edition*, American Psychiatric Press, Inc., trad. it. *Psichiatria psicodinamica*, Cortina, Milano, 1995

2004 *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*, American Psychiatric Publishing, Inc., trad. it., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Milano, Cortina, 2005

**Gabbard, G.O., Lester, E.P.**

1995 *Boundaries and Boundary Violation in Psychoanalysis*, New York, Basic Books, trad. it. *Violazioni del setting*, Milano, Cortina, 1999

**Gelinas, D.**

1983 *The persisting negative effects of incest*, in «Psychiatry», 46

**Giannantonio, M. (a cura di)**

2003 *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*, Salerno, Ecomind

**Gilligan, J.**

1997 *Violence: Our Deadliest Epidemic and Its Causes*, N.Y., Grosset/Putnam

**Gleason, WJ.**

1993 *Mental disorders in battered women: an empirical study*, in «Violence and victims», 8, p. 29-40

**Gondolf, E.W.**

2005 *Programmi di counseling negli Stati Uniti per uomini che maltrattano le mogli*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005

**Goodwin, J.M., Attias, R.**

1993 *Eating disorders survivors of multimodal childhood abuse*, in Kluft, R.P., Fine, C.G., *Clinical perspectives on multiple personality disorders*, Washington, DC, American Psychiatric Press

**Grilo, C.M., Masheb, R.M.**

2002 *Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder*, in «Acta Psychiatrica Scandinavica», 106, 3

**Grotstein, J.S.**

1992 *Commentary on Dissociative processes and transference-countertransference paradigms*, by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley, in «Psychoanalytic Dialogues», 2

**Hazen, A.L., Connelly, C.D., Kelleher, K., Landsverk, J., Barth, R.**

2004 *Intimate partner violence among female caregivers of children reported for child maltreatment*, in «Child Abuse and Neglect», 28

**Herman, J.**

1992 *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence*, New York, Basic Book, trad. it., *Guarire dal trauma*, Roma, Magi, 2005

**Herman, J., Van der Kolk, B.A.**

1987 *Traumatic origins of borderline personality disorder*, in Van der Kolk, B.A., *Psychological trauma*, Washington, DC, American Psychiatric Press

- Herman, J.L., Perry, J.C., Van der Kolk, B.A.**  
1989 *Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 146, p. 490-495
- Hesse, E., Main, M.**  
1999 *Second-generation effects of trauma in non-maltreating parents: Previously unexamined risk factor for anxiety*, in «Psychoanalytic Inquiry», 19, p. 30-61
- Hildyard, K.L., Wolfe, D.A.**  
2002 *Child Neglect: Developmental Issues and Outcome*, in «Child Abuse and Neglect», 26; trad. it. in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 7, 2005
- Hirigoyen, M.F.**  
1998 trad. it. *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro*, Torino, Einaudi, 2000
- Holt, S.**  
2003 *Child protection social work and men's abuse of women: an Irish study*, in «Child and Family Social Work», Vol. 8
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G.L.**  
1994 *Typologies of male batterers: Three subtypes and difference among them*, in «Psychological Bulletin», 116
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G.L., Hutchison, G.**  
1997 *Violent vs. Non-violent husband: Difference in attachment patterns, dependency and jealousy*, in «Journal of Family Psychology», 61
- Horowitz, M.J.**  
1976 *Stress Response Syndromes*, N.Y., Jason Aronson  
2003 *Treatment of Stress Response Syndromes*, American Psychiatric Publishing, Inc., trad. it., *Sindromi di risposta allo stress*, Cortina, 2004
- Horwitz, A.V., Widom, C.S., McLaughlin, J., White, H.R.**  
2001 *Maltreatment and School-Age Child: Developmental Outcomes and System Issues*, Binghamton, NY, Haward Press
- Humphreys, C.**  
2005 *Violenza domestica e maltrattamento sui bambini: elementi di riflessione per la protezione dei minori*, in Luberti, Pedrocchio Biancardi, 2005
- Humphreys, J., Campbell, C.**  
2004 *Family violence and nursing practice*, Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins
- Hunt, S.C., Martin, A.M.**  
2001 *Pregnant Women: Violent Men. What midwives need to know*, Oxford, Books for Midwives, Butterworth-Heinemann
- Irigaray, L.**  
1974 *Speculum*, Paris, Les édition de minuit, trad. it., *Speculum*, Milano, Feltrinelli, 1975  
1977 *Ce sex qui n'est pas un*, Paris, Les édition de minuit
- Jaffe, P., Wilson, S.K., Wolfe, D.**  
1990 *Children of battered women*, Newbury Park, CA, Sage
- Jaffe, P., Wolfe, D.A., Wilson, S., Zak, L.**  
1986 *Family violence and child adjustment: a comparative analysis of girls' and boys' behavioural symptoms*, in «American Journal of Psychiatry», 143 (1), p. 74-77
- Jaffe, P.G., Lemon, N.K.D., Poisson, S.E.**  
2003 *Child custody & domestic violence. A call for Safety and Accountability*, Thousand Oaks, Sage Publications
- Jameison, W., Hart, L.**  
1999 *A handbook for Health and Social Service Professionals responding to Abuse during Pregnancy*, National Clearinghouse on family Violence, Health Canada

**Janoff-Bulman, R.**

1985 *The aftermath of victimisation. Rebuilding shattered assumptions*, in Figley, C., *Trauma and Its Wake*, N.Y., Brunner-Mazel

**Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Brook, J.S.**

2002 *Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood*, in «*American Journal of Psychiatry*», 159

**Kalsched, D.**

2001 *Il mondo interiore del trauma*, Bergamo, Moretti & Vitali

**Kashani, J.H., Wesley, D.A.**

1998 *The Impact of Family Violence on Children and Adolescent*, London, Sage Publications

**Kaufman, J.G., Widom, C.S.**

1999 *Childhood victimization, running away, and delinquency*, in «*Journal of Research in Crime and Delinquency*», 36

**Kelly, L.**

1994 *The interconnectedness of domestic violence and child abuse: challenges for Research, Policy and Practice*, in Mullender, A., Marley, R. (a cura di), *Children Living with Domestic Violence*, London, Whiting & Birch

**Kent, A., Walzer, G., Dagnan, D.**

1999 *A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disorder eating attitudes: The role of mediating variables*, in «*International Journal of Eating Disorders*», 25

**Kernberg, O.F.**

1998 *Book review of Borderline Psychopathology and Its Treatment*, in «*American Journal of Psychiatry*», 154

**Kernberg, P.F.**

1998 *Aspetti evolutivi del narcisismo normale e patologico*, in Ronningstam, E.F. (ed.), trad. it., *I disturbi del narcisismo*, Milano, Cortina

**Khantzian, E.J.**

1985 *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*, in «*American Journal of Psychiatry*», 12

**Kirby, J.S., Chu, J.A., Dill, D.L.**

1993 *Correlates of dissociative symptomatology in patients with physical and sexual abuse history*, in «*Comprehensive psychiatry*», 34

**Kluft, R.P.**

1990 *Incest and subsequent revictimization: The case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome*, in *Incest-related syndromes of adult psychopathology*, Washington, DC, American Psychiatric Press

**Koss, M.P., Dinero, T.E.**

1989 *Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women*, in «*Journal of Consulting and Clinical Psychology*», 57

**Kouth, H.**

1972 *Pensieri sul narcisismo e sulla rabbia narcisistica*, in *La ricerca del Sé*, Torino, Boringhieri

**Kroll, P.D., Stock, D.F., James, M.E.**

1985 *The behavior of adult alcoholic men abused as children*, in «*Journal of Nervous and Mental Disease*», 173

**Krystal, H.**

2001 *Regolazione degli affetti e narcisismo: trauma, alessitimia e patologia psicosomatica nei pazienti narcisistici*, in Ronningstam, E.F., *I disturbi del narcisismo*, Milano, Cortina

**Langrichsen-Rolhing, J., Hankla, M., Stromberg, M.**

2004 *The relationship Behavior Network of Young Adults: A Test of the Intergenerational Transmission of Violence Hypothesis*, in «Journal of Family Violence», 27

**Lingiardi, V.**

2001 *La personalità e i suoi disturbi*, Milano, Il Saggiatore

**Lingiardi, V., Madeddu, F.**

2002 *I meccanismi di difesa*, Milano, Cortina

**Liotti, G.**

1999 *La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*, Milano, Franco Angeli

**Lipschitz, D.S., Kaplan, M.L., Sorken, J., Chorney, P., Asnis, G.M.**

1996 *Childhood abuse, adult assault, and dissociation*, in «Comprehensive psychiatry», 37

**Lipschitz, D.S., Winegar, R.K., Nicolau, A.L., Hartnick, E., Wolfson, M., Southwick, S.M.**

1999 *Perceived abuse and neglect as risk factors for suicidal behavior in adolescent inpatients*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 187

**Luberti, R.**

1994 *L'esperienza di un gruppo di self-help*, in Rocchia, Foti, 1994

1996 *Gli effetti a lungo termine dell'abuso*. Atti del Convegno "Uscire dal silenzio", Amministrazione provinciale di Grosseto, Centro pari opportunità tra uomo e donna

1997a *Abuso sessuale intrafamiliare su minori*, in Luberti, R. e Bianchi, D. (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace

1997b *Conseguenze sulle donne adulte dell'abuso sessuale intrafamiliare subito in età minore*, in Luberti, R. e Bianchi, D. (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace

1999 *Adulte che hanno subito abuso sessuale in età minore*, in *Il dramma dell'abuso sessuale sui bambini*, Bollettino del Centro Studi sui problemi dell'età evolutiva Hansel e Gretel, Torino

2001a *Bambine e bambini nella violenza*, in Del Giudice, G., Bambara, G., Adami, C., *I generi della violenza. Tipologie di violenza contro donne e minori e politiche di contrasto*, Milano, Franco Angeli

2001b *Il settore minori dell'Associazione Artemisia di Firenze*, in Università degli Studi di Firenze, Centro antiviolenza di Careggi, Regione Toscana, *L'approccio clinico al maltrattamento e alla violenza all'infanzia. Materiali di un corso di formazione*

2001c *Introduzione. Alcune riflessioni su conflitto e maltrattamento*, Workshop "La violenza assistita", 2° Congresso nazionale CISMAI, *Infanzia violata: quale protezione?*, Rende (CS), 27-30 settembre 2001

2002 *La violenza assistita*, in Coluccia, A., Lorenzi, L., Strambi, M., *Infanzia maltrattata*, Milano, Franco Angeli

2005 *La violenza assistita intrafamiliare. Caratteristiche, dinamiche e percorsi di intervento*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005

**Luberti, R., Moscati, F.**

2001 *Il lavoro di gruppo con donne e ragazze vittime di abuso sessuale nell'infanzia e nell'adolescenza*, Relazione al II Congresso nazionale CISMAI, *Infanzia violata. Quale protezione?*, 27-30 settembre 2001, Rende (CS), Università della Calabria

**Luberti, R., Moscati, F., Bessi, B.**

2005 *Il lavoro con donne e ragazze vittime nell'infanzia di abuso sessuale*, in «Prospettive sociali e sanitarie», anno XXXV, 2

**Luberti, R., Moscati, F., Pedrocco Biancardi, M.T.**

2004 *L'emergenza in Italia della violenza assistita in ambito familiare*, in «Cittadini in crescita», 3

**Luberti, R., Pedrocchio Biancardi, M.T.**

2005 *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, Milano, Franco Angeli

**Main, M., & Hesse, E.**

1990 *Parentsi unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized/disoriented attachment status: Is frightened and/or frightening behavior the linking mechanism?*, in Greenberg, M.T., Cicchetti, D., Cummings, E.M. (eds.), *Attachment in the preschool years*, Chicago, University of Chicago Press, p. 161-182

**Main, M., Cassidy, J.**

1998 *Categories of response to reunion with the parent at age six: predictability from infant attachment classifications and stable across a one-month period*, in «Developmental Psychology», 24

**Main, M., Hesse, E.**

1995 *Frightening, Frightened, Dissociated or Disorganized Behavior on the Part of the Parent: A Coding System for Parent-Infant Interactions*, University of California

**Malacrea, M.**

1997 *L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia*, in Luberti, R., Bianchi, D. (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace

1998 *Trauma e riparazione*, Milano, Cortina

2000 *Abuso sessuale all'infanzia: polo clinico e polo giudiziario*, in Pinna, A. (a cura di), *Minori Duemila. Luci e ombre nel sistema di protezione* (Quaderni tutela minori, 8)

2001 *Abuso sessuale all'infanzia: esigenze cliniche e giudiziarie*, in «Cittadini in crescita», 1

**Malacrea, M., Lorenzini, S.**

2002 *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*, Milano, Cortina

**Malacrea, M., Seassaro, U.**

1999 *I comportamenti sessualizzati come indicatori di abuso sessuale: validità e limiti*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 1

**Malacrea, M., Vassalli, A. (a cura di)**

1990 *Segreti di famiglia. L'intervento nei casi di incesto*, Milano, Cortina

**Margo, G.M., McLees, E.M.**

1991 *Further evidence for the significance of childhood abuse history in psychiatric inpatients*, in «Comprehensive psychiatry», 32, 4

**Markovitz, F.E.**

2001 *Attitudes and Family Violence: Linking Intergenerational and Cultural Theories*, in «Journal of Family Violence», 16

**Maxfield, M.G., Widom, C.S.**

1996 *The cycle of violence revisited six years later*, in «Archives of pediatrics and adolescent Medicine», 150

**McElroy, S.L., Pope, H.G., Hudson, J.I., Keck, P.E., White, K.L.**

1991 *Kleptomania: Clinical characteristics and associated psychopathology*, in «Psychological Medicine», 21

**McFarlane, A.C.**

1998 *Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse. The nature of the association*, in «Addictive Behaviors», 23

2001 *Dual diagnosis and treatment of PTSD*, in Wilson, Friedman, Lindy, 2001

**McFarlane, J. et al.**

1992 *Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care*, in «JAMA», 267, p. 3176-3178

**McFarlane, A.C., Golier, J., Yheuda, R.**

2002 *Treatment planning for trauma survivors with PTSD*, in Yeuda, R., *Treating trauma survivors with PTSD*, Washington, American Psychiatric Publishing

**McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Bullock, L.**

1992 *Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care*, in «Journal of the American Medical Association»

**McGuigan, W.M., Pratt, C.C.**

2001 *The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment*, in «Child Abuse and Neglect», 25

**McMahon, P.**

2000 *The Public Health Approach to the prevention of sexual violence*, in «Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment», 12

**Meichenbaum, D.**

1994 *A clinical handbook. Practical therapist manual for assessing and treating adults with Post Traumatic Stress Disorder*, Ontario, Canada, Insitute Press, University of Waterloo

**Mezey, G.C.**

1997 *Domestic violence in pregnancy*, in Bewley, S., Firend, J., Mezey, G., *Violence against women*, London, RCOG

**Milani, L.**

2005 *Crescere con genitori che abusano di sostanze*, in Di Blasio, 2005

**Milani, L., Gatti, E.**

2005 *Assistere alla violenza familiare: effetti ed esiti evolutivi*, in Di Blasio, 2005

**Molinari, E.**

1999 *Abuso sessuale e disturbi del comportamento alimentare*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 1

**Montecchi, F.**

2005 *Dal bambino minacciato al bambino minaccioso*, Milano, Franco Angeli

**Montecchi, F., Bufacchi, C., Viola, S.**

2002 *L'accoglienza dei bambini testimoni di violenza*, in «Rivista di terapia relazionale», 15, 2

**Monteleone, J.A.**

1999 *Gli indicatori dell'abuso infantile: gli effetti devastanti della violenza fisica e psicologica*, Torino, Centro Scientifico Torinese

**Moore, T.E., Pepler, D.J.**

1998 *Correlates of adjustment in children at risk*, in Holden G.W., Geffner, R., Jouriles, E. (eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and intervention*, Washington DC, American Psychological Association

**Moscatti, F.**

2005 *Percorsi di riparazione nelle vittime di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, in Luberti, Pedrocchio Biancardi, 2005

**Mullender, A., Marley, R.**

1994 *Children living with domestic violence*, London, Within and Birch

**Muraro, L.**

1997 *Essere al riparo. Il signore dello stupro*, in Luberti, R., Bianchi, D. (a cura di), *...E poi disse che avevo sognato*, Firenze, Edizioni Cultura della Pace

**Nijenhuis, E.R.S.**

2000 *Somatiform dissociation: Major Symptoms of Dissociative Disorders*, in «Journal of Trauma & Dissociation»

**Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S.**

1990 *Childhood sexual and phisical abuse in adult patients with borderline personality disorder*, in «American Journal of Psychiatry»

**OMS**

2005 *Rapporto sulla salute nel mondo 2005*, in «Quaderni di sanità pubblica», 28, 139

**Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza**

2002 *Tutela e cura del soggetto in età evolutiva in difficoltà*, in «Cittadini in crescita», 2, p. 52-113

**Pedrocco Biancardi, M.T.**

2005 *Vedere il fratello o la sorella maltrattati: una gamma sorprendente di reazioni*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, 2005

**Pelkovitz, D. et al.**

1997 *Development and validation of the Structured Interview for measurement of Disorders of Extreme Stress*, in «Journal of traumatic stress»

**Perez, C.M., Widom, C.S.**

1994 *Childhood victimization and long term intellectual and academic outcomes*, in «Child Abuse and Neglect», 18

**Perrone, R., Nannini, M.**

1995 *Violence et abus sexuels dans la famille*, Paris, ESF

**Perry, J., Herman, J.**

1993 in Paris, J., *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, Washington, DC, trad. it. Lingiardi, V., Madeddu, F., Maffei C. (a cura di), *Il disturbo borderline di personalità. Etiologia e trattamento*, Milano, Cortina, 1995

**Person, E.S., Klar, H.**

1994 *Establishing trauma: the difficulty distinguishing between memories and fantasies*, in «Journal of American Psychoanalytic Association», 42

**Piccini, F.**

2000 *Anoressia, Bulimia, Binge Eating Disorder*, Torino, Centro Scientifico Editore

**Pope, K.S., Bouhoutsos, J.C.**

1986 *Sexual intimacy between therapist and patients*, N.Y., Guilford Press

**Pribor, E.F., Yutzy, S.H., Dean, J.T., Wetzel, R.D.**

1993 *Briquet's syndrome, dissociation and abuse*, in «American Journal of Psychiatry», 150

**Progetto Urban**

2002 *Dentro la violenza: cultura, pregiudizi, stereotipi. Rapporto nazionale "Rete anti-violenza Urban"*, Milano, Franco Angeli

**Putnam, F.W.**

1989 *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*, New York, Guilford

1991 *Dissociative phenomena*, in Tasman, A., Goldfinger, S.M. (eds.), in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Washington, DC

1997 *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*, New York, Guilford, trad. it. *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*, Roma, Astrolabio, 2005

1998 *The switch process in multiple personality disorder and other state-change disorders*, in «Dissociation», 1

**Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., Post, R.M.**

1986 *The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases*, in «Journal of Clinical Psychiatry», 47

**Putnam, F.W., Helmers, K., Horowitz, L.A., Trickett, P.K.**

1994 *Hypnotizability and dissociativity in sexually abused girls*, in «Child Abuse and Neglect», 19

**Recalcatti, M.**

2000 *Trauma, ripetizione e responsabilità soggettiva*, in Brusa, L., Senin, F., *Trauma, abuso e perversione*, Milano, Franco Angeli

**Reder, P., Duncan, S., Lucey, C.**

1995 *Studies in the Assessment of Parenting Psychiatric and Psychological Contributions*, London, Routledge, trad. it., *Cure genitoriali e rischio di abuso*, Trento, Erickson, 1997

- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.S., Best, C.L.**  
1993 *Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women*, in «Journal of consulting and clinical psychology», 61
- Reto, C.S., Dalemberg, C.J., Coe, M.T.**  
1996 *Dissociation and physical abuse as predictors of bulimic symptomatology and impulse dysregulation*, in Schwartz, M.F., Cohn, L. (eds.), *Sexual Abuse and Eating Disorders*, N.Y., Brunner/Mazel
- Rhue, J.W., Lynn, S.J., Green, J., Buhk, K., Henry, S., Boyd, P.**  
1994 *Child abuse and psychopathology in college students: a controlled study*, Athens, Ohio University
- Richards, J.M., Beal, J.M., Segal, J.D., Pennebaker, J.W.**  
2000 *Effects of disclosure of traumatic events on illness behavior among psychiatric prison inmates*, in «Journal of Abnormal Psychology», 109
- Rivera, B., Widom**  
1990 *Childhood victimization and violent offending*, in «Violence and Victims», 5
- Roccia, C. (a cura di)**  
2001 *Riconoscere e ascoltare il trauma*, Milano, Franco Angeli
- Roccia, C., Foti, C.**  
1994 *L'abuso sessuale sui minori: educazione, prevenzione, trattamento*, Milano, Unicopli
- Roman, S.E., Gendall, K.A., Martin, J.L., Mullen, P.E.**  
2001 *Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study*, in «Int J Eat Disord», 29, p. 380-92
- Roman, S.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Herbison, G.P., Mullen, P.E.**  
1995 *Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm*, in «American Journal of Psychiatry», 152
- Romito, P.**  
2000 *La violenza di genere su donne e minori*, Milano, Franco Angeli  
2000 *Violenza alle donne e risposte delle istituzioni. Prospettive internazionali*, Milano, Franco Angeli  
2005 *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Milano, Franco Angeli
- Rorty, M., Yager, J.**  
1996 *Speculations on the role of childhood abuse in the development of eating disorders among women*, in Schwartz, M.F., Cohn, L., *Sexual Abuse and Eating Disorders*, N.Y., Brunnel/Mazel
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjorson, L., Fraser, G.A., Anderson, G.**  
1990 *Structured interview data on 102 cases on multiple personality disorder from four centers*, in «American Journal of Psychiatry», 147
- Russel, D.**  
1986 *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*, New York, Basic Books
- Russel, L.**  
1994 *Educated Guesses: Making Policy about Medical Screening Tests*, Berkeley, University of California Press
- Rutter, M., Sroufe, L.A.**  
2000 *Developmental psychopathology: concepts and challenges*, in «Developmental and psychopathology», 12
- Ruzek, J.I., Polunsky, M.A., Abueg, F.R.**  
1998 *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, New York, Guilford
- Sandler, J., Fonagy, P.**  
1997 *Recovered memories of abuse. True or false?*, Londdon, Karnac, trad. it. *Il recupero dei ricordi di abuso*, Milano, Franco Angeli, 2002

- Satin, A.J., Ramin, S.M., Paicurich, J.**  
1992 *The Prevalence of Sexual Assault: A Survey of 2404 Puerperal Women*, in «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 167, 4
- Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S.**  
1989 *Screening for Lifetime History of Criminal victimization at mental Health Intake: A preliminary study*, in «Journal of Interpersonal Violence»
- Saxe, G.N., Chinman, G., Berkowitz, R., Lieberg, G., Schwartz, J.**  
1993 *Somatization in patients with dissociative disorders*, in «American Journal of Psychiatry», 151
- Saxe, G.N., Van der Kolk, B.A., Hall, K., Chinman, G., Schwartz, J., Hall, K., Lieberg, G., Berkowitz, R.**  
1994 *Dissociative disorders in psychiatric inpatients*, in «American Journal of Psychiatry», 150
- Schwartz, M.F., Gay, P.**  
1986 *Physical and Sexual Abuse and Neglect and Eating Disorder Symptom*, in «Child Abuse and Neglect», 18
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M.**  
1988 *I giochi psicotici della famiglia*, Milano, Cortina
- Shapiro, S.**  
1987 *Self-mutilation and self-blame in incest victims*, in «American Journal of Psychotherapy», 41
- Siegel, D.J.**  
1995 *Memory, trauma and psychotherapy: a cognitive science view*, in «Journal of Psychother Pract Res», 4, p. 93-122
- Siegel, D.J.**  
1999 *The developing brain*, New York, Guilford Press
- Sironi, F.**  
2001 *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*, Milano, Feltrinelli
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Gallaher, P.E.**  
1999 *Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders*, in «American Journal of Psychiatry», 156
- Speranza, A.M., Alberigi, E.**  
2006 *La relazione tra abuso e disturbi alimentari: il ruolo della dissociazione*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», vol. 8
- Spiegel, D., Cardena, E.**  
1991 *Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited*, in «Journal of Abnormal psychology», 100
- Spiegel, D., Hunt, T., Dondershine, H.**  
1988 *Dissociation, Hypnotizability in Post-traumatic Stress Disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 145
- Stark, E., Filcraft, A.**  
1995 *Killing the Beast within: Woman Battering and Female Suicidality*, in «International Journal of Health Services», 25
- Stine, S.M., Kosten, T.R.**  
1995 *Complications of chemical abuse and dependency*, in Friedman, D.S., Charney, A.Y., Deutch, A.Y., *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaption to post-traumatic stress disorder*, Philadelphia, Lippincott-Raven
- Stout, K.D.**  
1993 *Intimate femicide: A study of men who have killed their mates*, in «Journal of Offenders Rehabilitation», 19
- Straus, M.A., Gelles, R.J.**  
1990 *Physical Violence in American Families*, New Brunswick, Transaction Books

- Striegel-Moore, R.H., Dohm, F.A., Pike, K.M., Wilfley, D.E., Fairburn, C.G.**  
2002 *Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder*, in «American Journal of Psychiatry», 159
- Terr, L.**  
1988 *What happens to early memories of trauma?*, in «American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 1  
1990 *Too scared to cry*, N.Y., Harper and Row
- Thakkar, R.R., McCanne, T.R.**  
2000 *The effects of daily stressors on physical health in women with and without a history of childhood sexual abuse*, in «Child Abuse and Neglect», 24
- The Commonwealth of Massachusetts Executive Office of Health and Human Services - DPH, Massachusetts**  
1995 *Guidelines and Standards for the Certification of Batterer Intervention Programs*, Commonwealth of Massachusetts, Boston
- Torem, M.S.**  
1989 *Recognition and management of dissociative regressions*, in «Hypnos», 16
- Toro, P.A.**  
1982 *Developmental effects of child abuse: A review*, in «Child Abuse and Neglect», 6
- Tortolani, D.**  
1998 *Linee guida per il rilevamento e la diagnosi delle famiglie abusanti*, in Montecchi, F. (a cura di), *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*, Milano, Franco Angeli
- Trout, G.**  
1999 *Domestic violence and the children witnesses*, relazione presentata al Congresso Stop Domestic Violence, Ipswich (novembre)
- U.S Department of Justice**  
1983 *Report to the Nation on Crime and Justice: the data*, Washington D.C., U.S. Government Printing Office  
1984 *Crime in the United States*, Washington DC
- Van der Hart, O., Van der Kolk, B.A., Boon, S.**  
1996 *The treatment of dissociative disorder*, in Bremner, J.D., Marmar, C.R., *Trauma, memory and dissociation*, Washington, DC, American Psychiatric Press
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L.**  
1996 *Traumatic stress. The effect of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York, Guilford, trad. it., *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Roma, Magi, 2005
- Van der Kolk, B.A., Perry, I.C., Herman, J.**  
1991 *Childhood origins of self-destructive behavior*, in «American Journal of Psychiatry», 148
- Van Gerko, K, Hughes, M.L., Hamill, M., Waller, G.**  
2005 *Rivelazione dell'abuso sessuale infantile e comportamenti del disturbo della condotta alimentare*, trad. it. in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», vol. 8, 2006
- Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J.**  
1999 *L'attaccamento disorganizzato nella prima infanzia: meta-analisi dei precursori, dei fattori concomitanti e delle conseguenze*, in Camisasca, E. (a cura di), 2001
- Vanderlinden, J., Vandereycken**  
1997 *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*, Roma, Astrolabio
- Vassalli, A.**  
1999 *L'abuso sessuale sui minori*, in Abruzzese, S. (a cura di), *Minori e sessualità. Vecchi tabù e nuovi diritti*, Milano, Franco Angeli
- Vizard, E., Tranter, M.**  
1988 *Helping children to describe experience of child sexual abuse: a guide to practice*, in

- Bentovin, A., Elton, A., Hildebrend, J., Tranter, M., Vizard, E., *Child abuse within the fiammola: assesment and treatment*, London, Wright
- Waldinger, R.J., Swett, C., Frank, A., Miller, K.**  
1994 *Levels of dissociation and histories of reported abuse among women outpatients*, in «Journal of Nervous and Mental Disease», 182
- Walker, E.A.**  
1992 *Dissociation in women with chronic pelvic pain*, in «American Journal of Psychiatry», 149
- Walker, L.**  
2000 *The Battered Woman Syndrome*, New York, Springer
- Waller et al.**  
2000 *Somatoform Dissociation, Psychological Dissociation, and specific forms of trauma*, in «Journal of trauma and dissociation», 1,4
- Webster, J., Chandler, J., Battisutta, D.**  
1996 *Pregancy Outcomes and Health Care Use: The effect of abuse*, in «American Journal of Obstetrics and Gynecology», 174
- Welldon, E.**  
1988 *Mother, Madonna, Whore: The idealisation and denigration of motherhood*, London, Free Association Books
- Widom, C.S.**  
1989 *Child abuse, neglect and violent criminal behavior*, in «Criminology», 1
- Widom, C.S.**  
2001 *Child abuse and neglect*, in White, S.O., *Handbook of youth and justice*, N.Y, Plenum
- Widom, C.S., Kuhns, J.B.**  
1996 *Childhood victimization and subsequent risk for promiscuity, prostitution, and teenage pregnancy: A prospective study*, in «American Journal of Public Health», 86
- Williams, L.M, Banyard, V.L.**  
1999 *Trauma & Memory*, London-New Delhi, Sage
- Wilson, J.P., Friedman, M.J., Lindy, J.D.**  
2001 *Treating Psychological Trauma and PTSD*, N.Y., Guilford
- Wolfe, D.A., Jaffe, P.**  
1991 *Child abuse and family violence as determinants of child psychopatology*, in «Canadian Journal of Behavioural Science», 23
- Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Mitchell, J.E., Thompson, K.M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., Haseltine, B.**  
2001 *Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood*, in «The International Journal of Eating Disorders», 30, 4
- Wyatt, G.E., Guthrie, D., Notgrass, C.M.**  
1992 *Differential effects of women's child abuse and subsequent esxual revictimation*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 60
- Young, L.**  
1992 *Sexual abuse and the problem of embodiment*, in «Child Abuse and Neglect», 16
- Ziolko, H.U.**  
1988 *Bulimia and kleptomania: psychodynamics of compulsing eating and sealing*, in Schwartz, H.I. (a cura di), *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory*, International University Press, Madison
- Zorza, J.**  
1995 *How abused women can use the law to help protect heir children*, in Peled, E., Jaffe, P.G., Edleson, J.L., *Ending the cicle of violence: Community responses to children of battered women*, Thousand Oaks, CA, Sage

**Il contesto  
della ricerca -  
I principali risultati  
della ricerca**

- Ainscough, C., Toon, K.**  
1997 *Liberarsi. Adulti che hanno subito abusi sessuali nell'infanzia*, Bologna, Calderini
- Arata, C.M.**  
1998 *To tell or not to tell: current functioning of child sexual abuse survivors who disclosed their victimization*, in «Child Maltreatment», 3, p. 63-71
- Arata, C.M.**  
2002 *Child sexual abuse and sexual revictimization*, in «Clinical Psychology: Science and Practice», 9, p. 135-164
- Bagley, C., Ramsey, R.**  
1986 *Sexual abuse in childhood: psychological outcomes and implications for social work practice*, in «Journal of Social Work and Human Sexuality», vol. 4, p. 33-47
- Baker, A., Duncan, S.**  
1985 *Child Sexual abuse. A study of prevalence in Great Britain*, in «Child Abuse and Neglect», vol. 9, p. 457-467
- Bardi, M., Borgognini-Tarli, S.M.**  
2001 *A survey on parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy*, in «Child Abuse and Neglect», vol. 25, p. 839-853
- Barshinger, C.E., La Rowe, L.E., et al.**  
1995 *Haunted Marriage. Overcoming the Ghosts of Your Spouse's Childhood Abuse*, Downers Grove, IL, InterVarsity Press
- Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., da Costa, G.A., Akman, D.**  
1991 *A review of the short-term effects of child sexual abuse*, in «Child Abuse and Neglect», vol. 15, p. 537-556
- Belaise, C., Raffi, A.R., Fava, G.A.**  
2000 *Problemi metodologici nella ricerca sull'abuso sessuale nell'infanzia. Parte II: Raccolta delle informazioni sull'abuso sessuale infantile*, in «Medicina Psicosomatica», vol. 45, 4
- Belsky, J.**  
1980 *Child maltreatment: an ecological integration*, in «American Psychologist», 35, p. 320-335
- Bensley, L., Ruggles, D., Wynkoop Simmons, K., Harris, C., Williams, K., Putvin, T., Allen, M.**  
2004 *General Population Norms About Child Abuse and Neglect Associations with Childhood Experiences*, in «Child Abuse and Neglect», 28(12), p. 1321-1337
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., Wynkoop Simmons, K.**  
2003 *Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health*, in «American Journal of Preventive Medicine», 25, p. 38-44
- Bernestein, D., et al.**  
1994 *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect*, in «American Journal of Psychiatry», 151, p. 1132-1136
- Bertoli, E.**  
2005 *A comparison between masticatory muscle and temporomandibular joint pain patients with regard to the prevalence and impact of post-traumatic stress disorder symptoms*, tesi, Graduate School of the University of Kentucky
- Bianchi, D.**  
1997 *Alcuni dati sul fenomeno dell'abuso sessuale*, in Luberti, R., Bianchi, D. (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace
- Bianchi, D.**  
2006 *Review of national system of statistics and registration on child abuse. ChildonEurope Report*, Firenze, Istituto degli Innocenti

- Bianchi, D., Ciccotti, E., Ricciotti, R.**  
2006 *Un contributo alla comprensione della violenza: misurare i maltrattamenti*, in «Famiglia Oggi», 1
- Bifulco, A., Brown, G.W., Adler, Z.**  
1991 *Early sexual abuse and clinical depression in adult life*, in «British Journal of Psychiatry», vol. 159, p. 115-122
- Bouvier, P., Halperin, D., Rey, H., Jaffe, P.D., Laederach, J., Mounoud, R.L., Pawlak, C.**  
1999 *Typology and correlates of sexual abuse in children and youth: multivariate analyses in a prevalence study in Geneva*, in «Child Abuse and Neglect», 23(8), p. 779-90
- Briere, J., Elliott, D.M.**  
2003 *Prevalence and psychological sequelae of self report childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women*, in «Child Abuse and Neglect», 27, p. 1205-1222
- Brusadin, L.**  
1996 *Fattori e profili di rischio*, in *I bambini a rischio sociale. Generazioni a perdere o investimento sociale*, a cura di Cirillo, G., Siani, P., Tamburlini, G., Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane
- Ceriotti G., Ceserani R., Premoli C., Tagliaferro C.**  
2004 *Abuso ai minori: la rilevazione del fenomeno sul territorio della provincia di Varese*, in «Cittadini in crescita», 3, p. 206-208
- CISMAI**  
2001 *La Dichiarazione di Consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia*, CISMAI
- Cloitre, M.**  
1998 *Sexual revictimization: Risk factors and prevention*, in Follette, V.M., Ruzek, J.I., Abueg, F.R. (a cura di), *Cognitive-behavioral therapies for trauma*, New York, Guilford Press
- Cloitre, M., Scarvalone, P., Difede, J.**  
1997 *Post-traumatic stress disorder, self and interpersonal dysfunction among sexually revictimized women*, in «Journal of Traumatic Stress», 10, p. 435-450
- Coid, J., Petrukevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardson, J., Moorey, S.**  
2001 *Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey*, in «Lancet», Aug., p. 450-454
- Crittenden, P.M.**  
1997 *Pericolo, sviluppo e adattamento*, ed. it. a cura di A. Landini, Milano, Masson
- Davis, L.**  
1991 *Allies in Healing: When the Person You Love Was Sexually Abused as a Child. A Support Book for Partners*, New York, HarperPerennial
- Department of Education and Skills**  
2006 *Referrals, assessments and children and young people on Child Protection Register: year ending 31 March 2005*
- Di Blasio, P. (a cura di)**  
2005 *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Unicopli
- Di Blasio, P., Barbetta, L., Bianchi, D., Fiocchi, E., Scotti, P.**  
1999 *La violenza all'infanzia: alcuni dati*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 1, p. 137-149
- Di Blasio, P., Rossi, G.**  
2004 *Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia*, report di ricerca, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e Regione Lombardia

**Dunne, M.P., Najman, J.M.**

2004 Letter to the editor: Reply to Stanley and Kovacs Re: Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia, in «Child Abuse and Neglect», 28, p. 373-375

**Dunne, M.P., Purdie, D.M., Cook, M.D., Boyle, F.M., Najman, J.M.**

2003 Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia, in «Child Abuse and Neglect», 27(2), p. 133-135

**Elliott, D.M.**

1997 Traumatic events: Prevalence and delayed recall in the general population, in «Journal of consulting and clinical psychology», 65, p. 811-820

**Engel, B.**

1995 Families in Recovery, Los Angeles, Lowell House

**Facchin, P.**

1996 Famiglie multiproblematiche e salute dei minori, in Bolzan, M., Fabris, L., Salute e famiglia, Padova, CLUEP, p. 133-139

**Feldman-Summers, S., Pope, K.S.**

1994 The experience of "forgetting" childhood abuse: A national survey of psychologists, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 62(3), p. 636-639

**Felitti, V.J., et al.**

1998 Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences ACE Study, in «Am J Prev Med», 14, p. 245

2001 Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults, in Franey, K., Geffner, R., Falconer, R. (a cura di), The cost of child maltreatment: who pays? We all do, San Diego, Family Violence and Sexual Assault Institute

2002 Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services, in «Violence victimisation», 17, p. 3-17

**Fergusson, D.M., Horwood L.J., Lynskey, M.T.**

1997 Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours and sexual revictimisation, in «Child Abuse and Neglect», 21, p. 789-803

**Fergusson, D.M., Lynskey, M.T.**

1997 Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood, in «Child Abuse and Neglect», 21, p. 617-630

**Finkelhor, D.**

1994 Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse, in «The Future of Children», 4(2), p. 31-53

**Finkelhor, D., Dziuba-Leatherman, J.**

1994 Children as Victims of Violence: A National Survey, in «Pediatrics», 94(4), p. 413-420

**Finkelhor, D., Hamby, S.L., Ormrod, R., Turner, H.**

2005 The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms, in «Child Abuse and Neglect», 29, p. 383-412

**Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A., Smith, C.**

1990 Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors, in «Child Abuse and Neglect», 14(1), p. 19-28

**Finkelhor, D., Jones, L.M.**

2004 Explanations for the decline of sexual abuse cases, in «Juvenile Justice Bulletin», January

**Finkelhor, D., Korbin, J.**

1988 Child abuse as an international issue, in «Child Abuse and Neglect», 34, p. 3-23

- Fish, F., Scott, G.S.**  
1999 *Childhood abuse recollections in a nonclinical population: Forgetting and secrecy*, in «Child Abuse and Neglect», 23, p. 791-802
- Fleming, J., Mullen, P.E., Bammer, G.**  
1997 *A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood*, in «Child Abuse and Neglect», 21(1), p. 49-58
- Freyd, J.J.**  
1996 *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse*, Cambridge, Mass., Harvard University Press  
2003 *Memory for abuse: What can we learn from a prosecution sample?*, in «Journal of Child Sexual Abuse», 12(2), p. 97-103
- Friedrich, W., Grambsch, P., Damon, L., Koverda, C., Wolfe, V., Hewitt, S.K., Lang, R.A., Broughton, D.M.**  
1992 *Child sexual behaviour inventory: normative and clinical comparisons*, in «Psychological Assessment», 4, p. 303-311
- Garbarino, R.**  
1977 *The human ecology of child maltreatment: a conceptual model for research*, in «Journal of Marriage and Family», 39, p. 721-727
- Goldman, J.D., Padayachi, U.K.**  
1997 *The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia*, in «Child Abuse and Neglect», 21(5), p. 489-498  
2000 *Some Methodological Problems in Estimating incidence and Prevalence in Child Sexual Abuse Research*, in «Journal of Sex Research», Nov.
- Goodman, G.S., Ghetti, S., Quas, J.A., Edelstein, R.S., Alexander, K.W., Redlich, A.D., Cordon, I.M., Jones, D.P.H.**  
2003 *A prospective study of memory for child sexual abuse: New findings relevant to the repressed-memory controversy*, in «Psychological Science», 14(2), p. 113-118
- Haj-Yahia, M.M., Ben-Arieh, A.**  
2000 *The incidence of exposure to violence in the family of origin among Arab adolescents and its sociodemographic correlates*, in «Child Abuse and Neglect», 24(10), p. 1299-1317
- Hardt, J., Rutter, M.**  
2004 *Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence*, in «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 45(2), p. 260-273
- Herman, J.L.**  
1992 *Trauma and recovery: the aftermath of violence*, New York, Basic Books
- Herman, J.L., Hervey, M.R.**  
1997 *Adult memories of childhood trauma: a naturalistic clinical study*, in «Journal of Traumatic Stress», 10, p. 557-571
- Herman, J.L., Schatzow, E.**  
1987 *Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma*, in «Psychoanalytic Psychology», 1, p. 1-14
- Hopper, J.**  
2006 *Child abuse. Statistics, research and resources*, consultabile al sito web [www.jim-hopper.com](http://www.jim-hopper.com)
- ISTAT**  
2005 *Molestie e violenze sessuali. Indagine multiscopo sulle famiglie "Sicurezza dei cittadini" Anno 2002*, ISTAT
- Jacobson, A., Herald, C.**  
1990 *The relevance of childhood sexual abuse to adult psychiatric inpatient care*, in «Hospital and Community Psychiatry», 41, p. 154-158

- Johnson, J.G., Cohen, P., Smailes, E.M., Skodol, A.E., Brown, J., Oldham, J.M.**  
2001 *Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood*, in «Comprehensive Psychiatry», 42(1), p. 16-23
- Jones, L. M., Finkelhor, D., Kopiec, K.**  
2001 *Why is sexual abuse declining? A survey of state child protection administrators*, in «Child Abuse and Neglect», 25, p. 1139-1158
- Jones, L.M., Finkelhor, D.**  
2003 *Putting together evidence on declining trends in sexual abuse: a complex puzzle*, in «Child Abuse and Neglect», 27, p. 133-135
- Jungmeen, K., Cicchetti, D.**  
2004 *A longitudinal study of child maltreatment, mother-child relationship quality and maladjustment: the role of self-esteem and social competence*, in «Journal of Abnormal Child Psychology», August
- Kelly, L., Regan, L., Burton, S.**  
1991 *An exploratory of the prevalence of sexual abuse in a sample of 16-21 year old*, Polytechnic of North London
- Kogan, S.M.**  
2004 *Disclosing unwanted sexual experiences: results from a national sample of adolescent women*, in «Child Abuse and Neglect», 28, p. 147-165
- Krahe, B., Scheinberger-Olwig, R., Waizenhofer, E., Kolpin, S.**  
1999 *Childhood sexual abuse and revictimization in adolescence*, in «Child Abuse and Neglect», 23(4), p. 383-394
- Labbe, J.**  
2005 *Ambrosie Tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before Kempe*, in «Child Abuse and Neglect», 29, p. 311-324
- Laing, L.**  
2001 *Australian studies on the economic costs of domestic violence*, Australian Domestic and Family Clearinghouse Topics paper, 2001
- Lampe, A.**  
2002 *The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe*, in «Psychosomatic Medicine and Psychotherapy», 48(4), p. 370-380
- Leventhal, J.**  
1998 *Epidemiology of sexual abuse of children: old problems, new directions*, in «Child Abuse and Neglect», 22(6), p. 481-491
- Loftus, E.F.**  
1993 *The reality of repressed memories*, in «American Psychologist», 48, p. 518-537  
1997 *Creating false memories*, in «Scientific American», September 1997, vol. 277, p. 70-75  
2002 *Make-believe memories*, in «American Psychologist», November, p. 867-873
- LONGSCAN**  
2006 *LONGSCAN Research Briefs, 2*, April 2006, Baltimore
- Luberti, R.,**  
1997 *Conseguenze sulle donne adulte dell'abuso sessuale intrafamiliare subito in età minore*, in Luberti, R., Bianchi, D. (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace, p. 156-180
- Malacrea, M.**  
1998 *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, Milano, Raffaello Cortina
- Malacrea, M., Lorenzini, S.**  
2002 *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*, Milano, Raffaello Cortina
- Martin, G., Bergen, H.A., Richardson, A.S., Roeger, L., Allison, S.**  
2004 *Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents*, in «Child Abuse and Neglect», 28, p. 491-503

- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B., Derogatis, L.R.**  
1995 *The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices*, in «Annual of International Medicine», Nov., 15, p. 737-746
- McGee, H., Garavan, R., de Barra, M., Byrne, J., Conroy, R.**  
2002 *The SAVI Report. Sexual Abuse and Violence in Ireland. A National Study of Irish Experiences, Beliefs and Attitudes Concerning Sexual Violence*, Dublin, The Liffey Press
- Montecchi, F.**  
2005 *Dal bambino minacciato al bambino minaccioso*, Milano, Franco Angeli
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E., Herbison, G.P.**  
1994 *The effect of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life*, in «British Journal of Psychiatry», 165, p. 35-47
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E., Herbison, G.P.**  
1996 *The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study*, in «Child Abuse and Neglect», 20, p. 7-22
- Mullen, P.E., Romans-Clarkson, S.E., Walton, V.A., Herbison, G.P.**  
1988 *Impact of sexual and physical abuse on women's mental health*, in «The Lancet», p. 841-845
- Muraro, L.**  
1997 *Essere al riparo. Il signore dello stupro*, in Luberti, R., Bianchi, D., (a cura di), ...E poi disse che avevo sognato, Firenze, Edizioni Cultura della Pace
- Noll, J.G., Horowitz, L.A., Bonanno, G.A., Trickett, P.K., Putnam, F.W.**  
2003 *Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse*, in «Journal of Interpersonal Violence», 18, p. 1452-1471
- Paivio, S.C., Cramer, K.M.**  
2004 *Factor structure and reliability of the Childhood Trauma Questionnaire in a Canadian undergraduate student sample*, in «Child Abuse and Neglect», 28, p. 889-904
- Pallotta, N.**  
2004 *Violenza e salute: la ricerca sulle patologie gastroenterologiche*, ANEMGI
- Pedrocco Biancardi, M.T.**  
2004 *Prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia*, in Bianchi, D. (a cura di), *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Firenze, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti
- Pellai, A.**  
2003 *Un'ombra sul cuore*, Milano, Franco Angeli
- Peters, S.D., Wyatt, G.E., Finkelhor, D.**  
1986 *Prevalence*, in Finkelhor, D., *A Sourcebook on Child Sexual Abuse*, Beverly Hills, Sage
- Putnam, F.W.**  
2003 *Ten-year research update review: Child sexual abuse*, in «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 42(3), 269-278
- Rodgers, C.S., Lang, A.J., Laffaye, C., Satz, L.E., Dresselhaus, T.R., Stein, M.B.**  
2004 *The impact of individual forms of childhood maltreatment on health behavior*, in «Child Abuse and Neglect», 28, 575-586
- Roosa, M.W., Reyes, L., Reinholtz, C., Angelini, P.J.**  
1998 *Measurement of women's child sexual abuse experiences: An empirical demonstration of the impact of choice of measure on estimates of incidence rates and of relationships with pathology*, in «The Journal of Sex Research», 35, 225-240

- Russel, D.E.**  
1983 *The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children*, 7(2), p. 133-146
- Russel, D.E.**  
1986 *The secret trauma. Incest in the lives of girls and women*, New York, Basic Book
- Sansonnet-Hayden, H., Haley, G., Marriage, K., Fine, S.**  
1987 *Sexual abuse and psychopathology in hospitalized adolescents*, in «Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry», 26, p. 753-757
- Sariola, H., Uutela, A.**  
1994 *The prevalence of child sexual abuse in Finland*, in «Child Abuse and Neglect», 18(10), p. 827-835
- Scabini, E.**  
1995 *Psicologia sociale della famiglia*, Torino, Bollati Boringhieri
- Schaaf, K.K., McCanne, T.R.**  
1998 *Relationship of childhood sexual physical and combined sexual and physical abuse to adult victimization and post traumatic stress disorder*, in «Child Abuse and Neglect», 22, p. 1119-1133
- Schechter, M. D., Roberge, L.**  
1976 *Sexual exploitation*, in Helfer, R.E., Kempe, C.H. (a cura di), *Child abuse and neglect: the family and the community*, Cambridge, Ballinger
- Scher, C.D., Murray, B.S., Asmundson, G.J.G., Creare, D.R., Forde, D.R.**  
2001 *The Childhood Trauma Questionnaire in a community sample: Psychometric properties and normative data*, in «Journal of Traumatic Stress», 14, p. 843-857
- Smith, D.W., Letourneau, E.J., Saunders, B.E., Kilpatrick, D.G., Rsnick, H.S., Best, C.L.**  
2000 *Delay in disclosure of childhood rape: survey from a national sample*, in «Child Abuse and Neglect», 24, p. 273-287
- Smith, P.H., White, J.W. Holland, L.J.**  
2003 *Alongitudinal perspective on dating violence among adolescent and college age women*, in «American Journal of Public Health», 93, 1104-1109
- Svedin, C.G.**  
2001 *Sexual abuse of children. Definitions and prevalence*, Expert report, University Hospital of Linköping
- us Department of Justice, Bureau of Justice Statistics**  
1991 *National Crime Victimization Survey*
- Vogeltanz, N.D., Wilsnack, S.C., Harris, T.R., Wilsnack, R.W., Wonderlich, S.A., Kristjanson, A.F.**  
1999 *Prevalence and risk factors for childhood sexual abuse in women: national survey findings*, in «Child Abuse and Neglect», 23, p. 579-592
- Wakefield, H., Underwager, R.**  
1992 *Recovered memories of alleged sexual abuse: lawsuits against parents*, in «Behavioural Science and the Law», 10, p. 483-507
- WHO (World Health Organization)**  
1999 *WHO Consultation on Child Abuse Prevention*, Geneva, WHO  
2002 *Report on Violence and Health*, Geneva, WHO  
2004 *The economic dimensions of interpersonal violence*, Geneva, WHO
- Widom, C.S., Shepard, R.L.**  
1996 *Accuracy of adult recollections of childhood victimization: childhood physical abuse*, in «Psychological Assessment», 8, p. 412-421
- Williams, L.M.**  
1994 *Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse*, in «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 62, p. 1167-1176

**Williams, L.M.**

1995 *Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories*, in «Journal of Traumatic Stress», 8, p. 649-673

**Wurr, J. C., Partridge, I.M.**

1996 *The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population*, in «Child Abuse and Neglect», 20, p. 867-872

**Wyatt, G.E., Peters, S.D.**

1986 *Issues in the definition of child sexual abuse in prevalence research*, in «Child Abuse and Neglect», 10(2), p. 231-240

**Wynkoop, T.F., Capps, S.C., Priest, B.J.**

1995 *Incidence and prevalence of child sexual abuse: a critical review of data collection procedures*, in «Journal of Child Sexual Abuse», 4(2), p. 49-66

**Zerilli, M., Rigoni, S., Caldana, L., Magrin C., Schon, L., Valentini, R.**

2002 *Ricerca epidemiologica sulla prevalenza dell'abuso sessuale in età evolutiva*, in «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 4, p. 73-104

**Zurbriggen, E.L., Becker-Blease, K.**

2003 *Predicting Memory for Childhood Sexual Abuse: "Non-Significant" Findings with the Potential for Significant Harm*, in «Journal of Child Sexual Abuse», 12(2)

**Percorsi formativi,  
lavorativi  
e relazionali**

**Abbatecola, E.**

2002 *Il potere delle reti. L'occupazione femminile tra identità e riconoscimento*, Torino, L'harmattan Italia

**Aburrà, L.**

1988 *L'occupazione femminile in Italia. Dal declino alla crescita*, Torino, Rosenberg & Sellier

**Altieri, G.**

1990 *L'identità femminile nel mercato del lavoro*, in «Politica ed economia», 9

**Balbo, L.**

1978 *La doppia presenza*, «Inchiesta», 32

**Bianchi, F., Tonarelli, A.**

2003 *Destini solitari: le ragioni della singleness tra quotidiano individuale ed eventi collettivi*, in «Inchiesta», 140, aprile-giugno

**Bianco, M.L.**

1996 *Classi e reti sociali. Risorse e strategie degli attori nella riproduzione delle disuguaglianze*, Bologna, Il mulino

1997 *Donne al lavoro. Cinque itinerari tra le disuguaglianze di genere*, Torino, Scriptorium

**Bianco, M.L. (a cura di)**

2001 *L'Italia delle disuguaglianze*, Roma, Carocci

**Bianco, M.L., Eve, M.**

1999 *I due volti del capitale sociale. Il capitale sociale individuale nello studio delle disuguaglianze*, in «Sociologia del lavoro», 3

**Bidart, C.**

1997 *L'amitié: un lien social*, Paris, La Découverte

**Boudon, R.**

1979 *Istruzione e mobilità sociale*, Bologna, Zanichelli

**Bourdieu, P.**

1978 *La trasmissione dell'eredità sociale*, in Barbagli, M. (a cura di), *Istruzione, legittimazione e conflitto*, Bologna, Il mulino

**Bozon, H., Heran, F.**

1987 *La decouverte du conjoint*, I, in «Population», 6

**Cacouault, M.**

1998 *Variations sur les métiers féminins et masculins*, in Maruani, M. (a cura di), *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte

**Chiesi, A.M.**

1997 *Lavori e professioni. Caratteristiche e mutamenti dell'occupazione in Italia*, Roma, NIS

**Daune-Richard, A.M.**

1998 *Qualifications et représentations sociales*, in Maruani, M. (a cura di), *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte

**David, P.**

1994 *In un mondo di uomini*, in David, P., Vicarelli, G. (a cura di), *Donne nelle professioni degli uomini*, Milano, Franco Angeli

**Degenne, A., Forsé, M.**

2004 *Les réseaux sociaux*, 2ème édition, Paris, Armand Colin

**Di Blasio, P.**

2004 *La prevenzione della violenza all'infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi*, in Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti, *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Firenze, Istituto degli Innocenti

**Di Nicola, P.**

2002 *Amichevolmente parlando. La costruzione delle relazioni sociali in una società di legami deboli*, Milano, Franco Angeli

**Eisenstadt, S.N.**

1956 *From generation to generation. Age groups and social structure*, New York, The Free Press

**Folkman, S.**

1984 *Personal control and stress and coping process: a theoretical analysis*, in «Journal of Personality and Social Psychology», 46

**Giovannini, P., et al.**

2001 *Il distretto e la città: pratiche di disuguaglianza*, in Bianco (a cura di), 2001

**Girard, A.**

1974 *Le choix du conjoint, une enquête psycho-sociologique en France*, Travaux et documents de l'Ined, Paris, Puf

**Goffman, E.**

1968 *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi

**Granovetter, M.**

1974 *Getting a Job. A Study of Contacts and Careers*, Cambridge, Harvard University Press

**Halbwachs, M.**

1974 *L'espressione delle emozioni e la società*, in AA.VV., *Pagine di sociologia*, Roma, Carocci, 2002, p. 84 e ss.

**Hirdman, Y.**

1994 *Women from Possibility to Problem? Gender Conflict in the welfare State: The Swedish Model*, Research Report no. 3, Stockholm, Arbetslivscentrum

**Hirschmann, A.O.**

1970 *Exit, Voice and Loyalty: Responses to Decline in Firms Organisations and States*, Cambridge, Harvard University Press

**IRPET**

1997 *Donne, opportunità di lavoro, segregazione professionale: le aree sub-regionali della Toscana attraverso i censimenti 1981 e 1991*, Flash Lavoro, Quaderni dell'Osservatorio Regionale del Mercato del Lavoro, 48

- Jedlowski, P.**  
2000 *Storie comuni. La narrazione nella vita quotidiana*, Milano, Mondadori
- Kaufmann, J.C.**  
1994 *Les ménages d'une personne en Europe*, in «Population», 4-5, p. 935-52
- Luciano, A.**  
1992 *Donne e uomini in carriera: la crisi del modello organizzativo*, in «Polis», 1
- Maruani, M. (a cura di)**  
1998 *Les nouvelles frontières de l'inégalité. Hommes et femmes sur le marché du travail*, Paris, La Découverte
- McPherson, J.M., Smith-Lovin, L.**  
1982 *Women and Weak Ties: Differences by Sex in the Size of Voluntary Organization*, in «American Journal of Sociology», 4
- Meo, A.**  
1999 *Relazioni, reti e "social support"*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 1, gennaio-marzo 1999, p. 129-158  
2000 *Vite in bilico. Sociologia della reazione agli eventi spiazzanti*, Napoli, Liguori
- Negri, N.**  
1993 *Le conseguenze dei disagi imprevisi: note sulla costruzione sociale degli eventi della biografia*, in «Rassegna italiana di sociologia», 4
- Olagnero, M., Saraceno, C.**  
1993 *Che vita. L'uso dei materiali biografici nell'analisi sociologica*, Roma, NIS
- Papanek, H.**  
1973 *Men, Women and Work: Reflections on the Two-Person Career*, in «American Journal of Sociology», 78
- Pearlin, L.**  
1985 *Social Structure and Process of Social Support*, in S. Cohen e L. Syme (a cura di), *Social Support and Health*, New York, Academic press
- Piselli, F.**  
1999 *Capitale sociale: un concetto situazionale e dinamico*, in «Stato e mercato», 58(3)
- Reyneri, E.**  
1997 *Sociologia del mercato del lavoro*, Bologna, Il mulino
- Sarason, B.R., Pierce, G.R., Sarason, I.G.**  
1990 *Social Support: The sense of acceptance and the role of relationship*, in B.R. Sarason, G.R. Pierce, I.G. Sarason, *Social support: An interactional view*, New York
- Segalen, M.**  
1981 *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin  
2002 *Riti e rituali contemporanei*, Bologna, Il mulino
- Segerman, P.L.**  
1991 *Networking and Mentoring for Women*, London, Piatkus
- Sen, A.**  
1982 *Choice, Welfare and Measurement*, Oxford, Basil Blackwell
- Simmel, G.**  
1909 *Sociologia*, (trad. it. 1965), Milano, Comunità
- Stroobants, M.**  
1993 *Savoir-faire et compétence au travail*, Bruxelles, Edition de l'ULB
- Tonarelli, A.**  
2001 *Le condizioni di lavoro dei lavoratori così detti atipici*, in ORML, *Qualità e condizioni di lavoro*, Firenze, Giunti
- Tonarelli, A., Bianchi, F., Cioni, E., Giovannini, P., Perulli, A.**  
2001 *Il distretto e la città: pratiche di disegualianza*, in Bianco (a cura di), 2001
- Yager, J.**  
1999 *La force de l'amitié*, Paris, Payot

*Finito di stampare nel mese di ottobre 2006  
presso il Centro Stampa  
della Scuola Sarda Editrice, Cagliari*

