

- le esperienze di violenza vissute o meno in età infantile. L'ultima sezione attinente ad eventuali esperienze di violenza vissute in età minore si costituisce di due sottosezioni: una più specifica alle esperienze pregresse di abuso sessuale e l'altra inerente le esperienze pregresse di mal-trattamento. Per entrambe le informazioni riguardano 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.

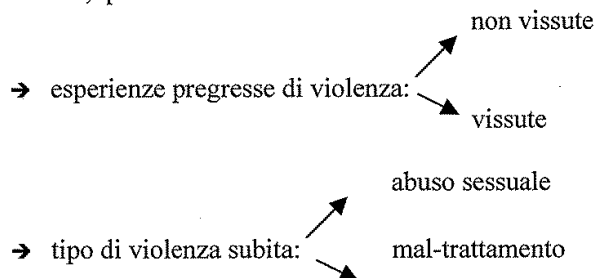
L'inclusione delle domande sulla violenza subita in età infantile all'interno di un questionario di più ampia portata ha concesso alle intervistate anche un tempo sufficiente per familiarizzare con l'intervistatrice. La scelta di condurre interviste *face to face* ha consentito di prestare maggiore attenzione 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.

Le forme di abuso e mal-trattamenti indagate sono quelle di abuso sessuale, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, trascuratezza e violenza assistita, ma le domande poste che non riportavano esplicitamente termini quali abuso o violenza per offrire alle persone una maggiore possibilità di rivelare fatti imbarazzanti senza sentirsi "etichettate".

Le tipologie sono state espresse attraverso specifici comportamenti, un'operazione che viene in aiuto anche di 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.

Gli episodi di maltrattamento che si è scelto di indagare sono stati tutti ricondotti all'ambiente familiare in quanto poiché è in questo ambito che i bambini vivono le forme più gravi e croniche di vittimizzazione.

Considerato che le dimensioni assunte sono due e che ognuna delle quali ha due stati di manifestazione possibile, quali:



I gruppi formati (per il prodotto dei valori di ogni dimensione) sono stati quattro, ovvero:

1. nessun tipo di violenza, questo gruppo ha rappresentato un gruppo di controllo interno al campione con il quale confrontare il valore assunto da alcuni item;
2. solo esperienze di abuso sessuale;
3. solo esperienze di mal-trattamento;
4. esperienze sia di abuso sessuale che di mal-trattamento.

Al fine di stimare il livello di gravità delle esperienze pregresse di abuso e mal-trattamento 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 dall’assenza fino - attraversando gradi intermedi - all’intensità massima di gravità. Diversamente da altri studi, la gravità non è stata stabilita solo in base alla natura degli atti, adottando un approccio mutuato dall’analisi di Felitti e dalla prospettiva ecologica all’analisi dell’eziologia e dell’impatto delle varie forme di abuso e mal-trattamento le grandezze delle scale di gravità sono state ottenute da un insieme di indicatori selezionati ad hoc ed espressivi di condizioni riconducibili a situazioni di rischio o di amplificazione del rischio o di condizioni di vulnerabilità connesse a caratteristiche associate all’abuso o al maltrattamento, a condizioni familiari, a caratteristiche individuali.

V.2 Alcuni dati

Il gruppo di coloro che non riferisce alcuna esperienza di abuso e maltrattamento è pari al 26,4% delle donne, questi soggetti hanno assunto 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 22. - Donne secondo il percorso di vita dichiarato

Nessun tipo di violenza	26,4
Solo abuso sessuale	5,9
Solo maltrattamenti	49,6
Forme multiple di ESI riconducibili ad abuso e mal - trattamenti	18,1
Totale	100,0

Tra coloro che riferiscono esperienze di abuso sessuale prevalgono le donne che le riportano associate ad una qualche forma di maltrattamento, 18,1%, mentre coloro che rivelano solo esperienze di abuso sessuale, 5,9%.

Il 49,6% di donne che riferiscono di aver fatto esperienza di almeno una forma di mal – trattamento tra quelle selezionate per la ricerca, è un dato che deve essere interpretato con estrema attenzione perché è da imputare, almeno in parte, a fattori di tipo culturale giacché sono infatti le donne di età più avanzata quelle le riportano con maggiore frequenza e in parte si tratta di situazioni riconducibili a situazioni storizzabili nel loro significato, quali 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 pertanto permettono di stimare che: il 24% della popolazione italiana femminile abbia fatto esperienza di almeno una qualche 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.

L’incidenza delle esperienze di vittimizzazione in età infantile ha una distribuzione per classi di età che varia tra diversi gruppi: sono le più giovani appartenenti alla classe di età 19 – 32 anni, quelle che

riferiscono in maggiore percentuale di non aver subito alcuna forma di abuso o maltrattamento, e in questo gruppo ha un peso relativamente più basso chi ricorda esperienze di solo abuso sessuale o di soli maltrattamenti, tuttavia in questo gruppo chi ha subito forme miste di ESI riconducibili a violenza (19,2%) se confrontato con gli altri due gruppi.

Nella classe di età intermedia, dai 33 ai 46 anni, troviamo una particolare sensibilità alla rivelazione di esperienze di abuso, subite come forma unica di abuso e maltrattamento oppure in associazione a quest'ultimo (rispettivamente il 7,6% e il 20,5% di queste donne ne riferiscono).

Le donne più adulte, quelle che rientrano nella classe dai 47 ai 60 anni, mostrano invece, una maggiore probabilità di riferire esperienze di mal – trattamenti, seguite da chi ha subito ESI multiple, ma si tratta del gruppo nel quale queste esperienze sono riferite con minore probabilità.

Tavola 23. - Donne secondo alcune classi d'età ed 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
Totale	26,4	5,9	49,6	18,1	100,0

Il campione è formato quasi esclusivamente da donne italiane, 96,7%. Il 3,3% di donne straniere, tra queste ultime le esperienze di vittimizzazione sessuale sono però più diffuse: le donne che riferiscono solo esperienze di abuso sono pari al 9,7% e quelle che riferiscono sia abuso sia maltrattamenti intrafamiliari sono pari al 23,6%.

Per quanto riguarda le informazioni sulle esperienze scolastiche e formative, 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 quali indicatori, specialmente se compresenti, di disagi correlabili a esperienze di abuso infantile: 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 il peso relativo delle risposte alle affermazioni proposte alle donne per individuare la presenza di 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 sovrappongono 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.

V.3. Caratteristiche principali delle esperienze di abuso sessuale

Gli episodi di abuso

Nel complesso sono stati registrati 1068 atti di abuso, ciò significa che in media ogni donna che ne parla risulta esposta ad almeno due atti abusivi.

Nella maggioranza dei casi, però, gli eventi sono episodi attribuibili ad 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 ad opera di uno o più soggetti diversi.

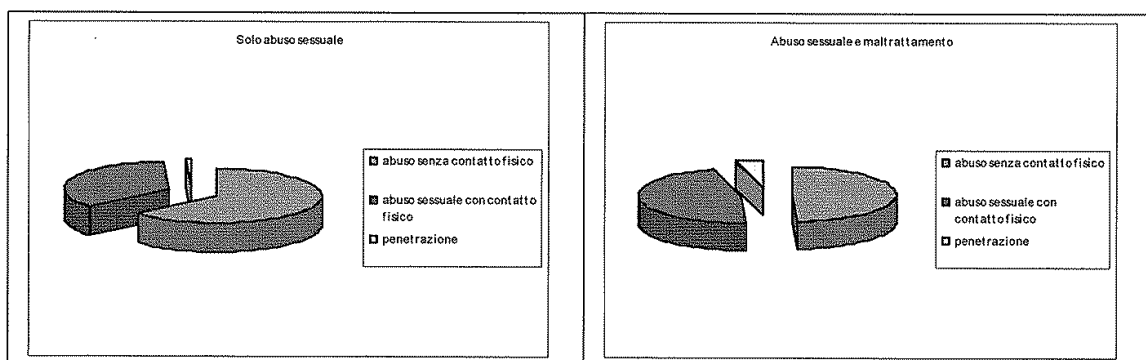
La presenza di maltrattamento aumenta la probabilità che l'abuso sia stato espresso in forme differenti, non raramente identificabili con atti di intrusività via via maggiore: dall'esposizione a masturbazione, a toccamenti a tentativi di penetrazione.

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 il 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.

Figura 10 Distribuzione degli atti per tipo e gruppo, dati percentuali



L'incidenza degli atti di penetrazione nel gruppo delle donne "solo abusate" è pari allo 0,5% dei fatti riferiti, 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%).

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 accadevano spesso e per un 1,3% di eventi le donne non riescono a ricordare la frequenza. Il peso significativo di episodi singoli emerge anche in altri importanti studi retrospettivi su campioni di popolazione normale (Finkelhor et al., 1990; Fleming, 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 molto grave per quelle donne vittime di abusi durati oltre tre anni, 10,4%.

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%).

Gli autori

Ancora una volta il mondo di 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 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 quanto emerge in 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'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. Appare con chiarezza l'importanza del legame con adulti significativi e familiari quale fattore che facilita una maggiore e continuativa "accessibilità" della bambina: il 33% delle situazioni durata da un anno a tre anni sono imputabili rispettivamente, 33,3% a estranei o familiari/parenti, e il 26,2% ad adulti significativi; le vicende altamente cronicizzate oltre tre anni, per il 32% a "estranei" (da intendersi probabilmente come persone non conosciute in precedenza dalla bambina o dalla sua famiglia), 36% a familiari/parenti, 24% ad adulti significativi.

C'è una correlazione tra ritardo nello svelamento e autore degli abusi?

È evidente un maggiore ritardo nella rivelazione tanto più vicini alla bambina sono i responsabili degli abusi. Circa il 68% degli abusi rivelato a distanza di molti anni sono stati agiti da familiari o parenti, mentre quelli svelati in prossimità dei fatti sono nel 60,8% da attribuirsi a persone estranee alla minore.

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 anno ad oltre tre anni.

Profili di gravità dell'abuso sessuale

Come già anticipato, facendo riferimento alla letteratura scientifica recente rispetto ai fattori di rischio e di aggravamento del trauma, sono stati costruiti indici sintetici di gravità 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. La loro intensità è stata valutata su tre classi: *lieve*, *moderato* e *grave* per indicare diverse costellazioni di fattori connessi all'abuso sessuale

Tavola 23 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo la gravità dell'abuso ed il percorso di vita dichiarato (% di colonna e di riga)

<i>Gravità abuso</i>	<i>Solo abuso sessuale</i>	<i>Forme di ESI</i>	<i>multiple Totale</i>
Lieve	45,9	37,4	39,4
Moderato	46,6	47,6	47,4
Grave	7,5	15,0	13,2
Totale	100,0	100,0	100,0
Lieve	28,2	71,8	100,0
Moderato	24,5	75,5	100,0
Grave	13,9	86,1	100,0
Totale	24,4	75,6	100,0

Come si osserva in tabella, a conferma della maggiore complessità delle situazioni caratterizzate dalla compresenza di abuso e mal – trattamenti, tra le donne appartenenti a questo gruppo le esperienze gravi hanno un'incidenza pari al doppio di quella che si rileva nel gruppo che riferisce solo abuso sessuale: 7,5%rispetto al 15%. La particolare vulnerabilità di questo gruppo si osserva anche osservando che se tra 100 donne che hanno subito almeno una forma di abuso sessuale appartengono a questo gruppo circa 76 donne, il loro peso aumenta se guardiamo solo al sottoinsieme di coloro che ha esperito abuso sessuale in condizioni di gravità, poiché in questi caso su 100 donne, ben 86 appartengono a questo gruppo. Tra le donne di età più giovane, benché siano risultate quelle meno esposte a forme di ESI, il peso di esperienze gravi di abuso sessuale risulta particolarmente significativo, infatti in questi gruppo il sottoinsieme che rientra nelle situazioni di abuso sessuale grave ha un incidenza di ben cinque punti superiore rispetto a quella osservata sulla totalità del sottocampione con almeno un'esperienza di abuso sessuale: 18% rispetto a 13,2%.

Tavola 24 - Donne con esperienza di abuso sessuale secondo alcune classi d'età e gravità di abuso

<i>Classi d'età</i>	<i>Lieve</i>	<i>Moderato</i>	<i>Grave</i>	<i>Totale</i>
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
Totale	39,3	47,5	13,2	100,0

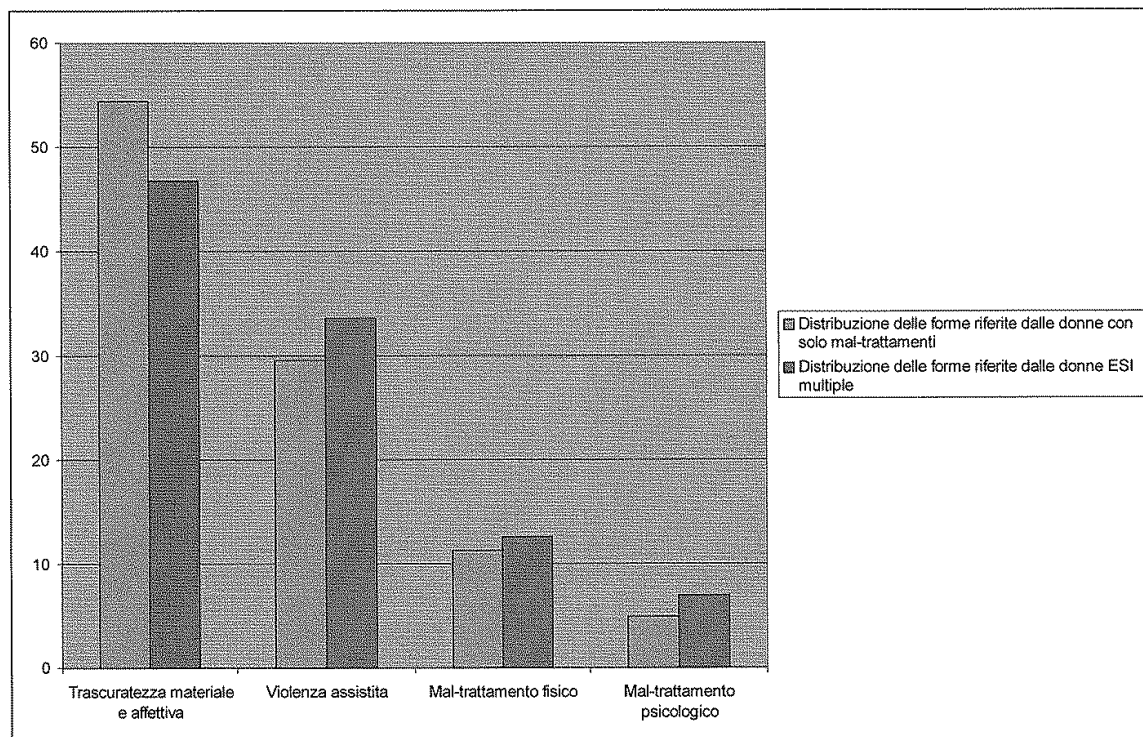
V.4. Caratteristiche principali delle esperienze di maltrattamento

La forma di maltrattamento prevalente, come è stato anticipato, è quella della trascuratezza materiale ed affettiva, seguono la violenza assistita, il maltrattamento fisico e il maltrattamento psicologico.

La ricerca ha portato alla luce un'alta diffusione di violenza assistita in età infantile, un evento che ricorre in modo particolare tra le donne con ESI multiple. Il dato è molto importante poiché sono stati selezionati comportamenti particolarmente problematici e pericolosi. Complessivamente ben il 30% delle risposte riporta situazioni nelle quali la bambina era testimone diretta o indiretta di aggressioni fisiche e/o verbali tra i genitori che si verificavano in modo quotidiano o molto frequente. E a conferma del carattere multi-traumatogeno 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 mal-trattamenti.

Inoltre il 2,4% delle donne ha confidato di aver assistito anche a molestie e/o violenze sessuali su altri familiari adulti o minori.

Figura 11 Distribuzione degli atti di maltrattamento per tipo e gruppo, dati percentuali



V.5. Gli effetti a lungo termine delle esperienze traumatiche

5.5.1 L'impatto emotivo: capacità ed autostima

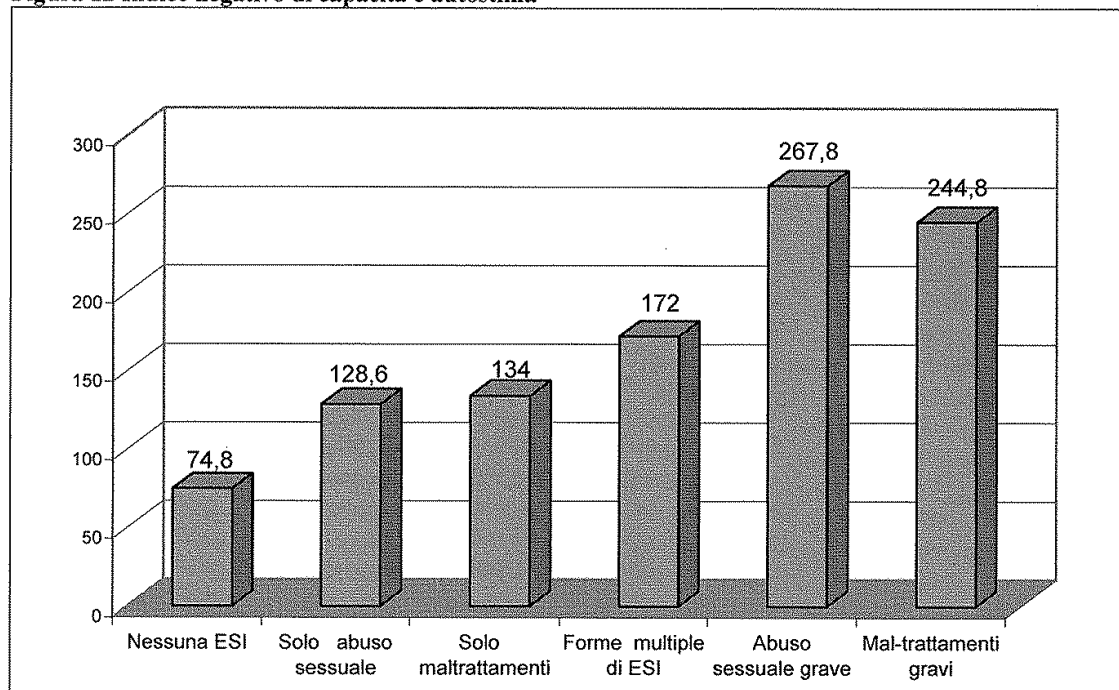
Nel questionario sono stati indagati vari aspetti relativi all'impatto a breve e a lungo termine delle esperienze traumatiche riferite dalle donne, non è possibile dare qui conto della complessità delle informazioni raccolte. Alcuni item ci permettono però di fornire alcune misure di sintesi relative allo stato emotivo, ai vissuti rispetto alla sessualità e alla salute delle donne.

Se la letteratura e l'esperienza ci insegnano che abusi e maltrattamenti sono esperienze che minano l'immagine di sé e l'autostima delle vittime, i dati confermano in modo abbastanza vivido quanto si riscontra nel lavoro sul campo con le vittime.

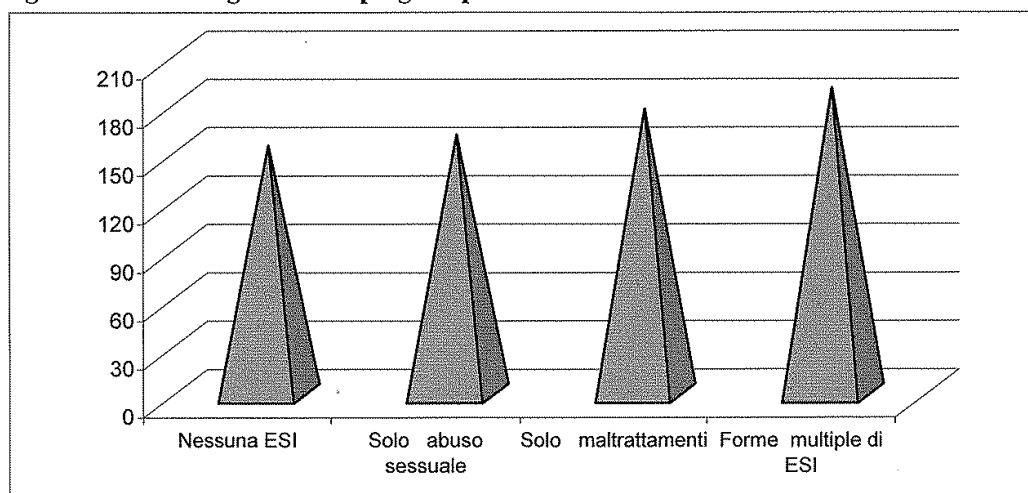
Alcune domande hanno voluto indagare quale percezione hanno le donne di se stesse e rispetto al rapporto con gli altri chiedendo alle donne il grado di accordo con alcune affermazioni focalizzate sulla capacità di esprimere i sentimenti, di chiedere aiuto, di creare relazioni, l'immagine di se stesse. Sommando le risposte negative, espressione di vissuti di disvalore, vergogna, colpevolizzazione, timore e sfiducia negli altri e incapacità di fronteggiare gli eventi, appare subito evidente che le donne che sono state esposte ad una qualche forma di abuso o maltrattamento incontrano difficoltà significativamente maggiori rispetto al gruppo di controllo interno, donne senza ESI. La situazione risulta, inoltre, ancora più critica per le donne che hanno esperito condizioni gravi di abuso sessuale e

mal-trattamento, che hanno un indice negativo di percezione di se e di autostima che ha un valore che è quasi il quadruplo rispetto a quello del gruppo di controllo.

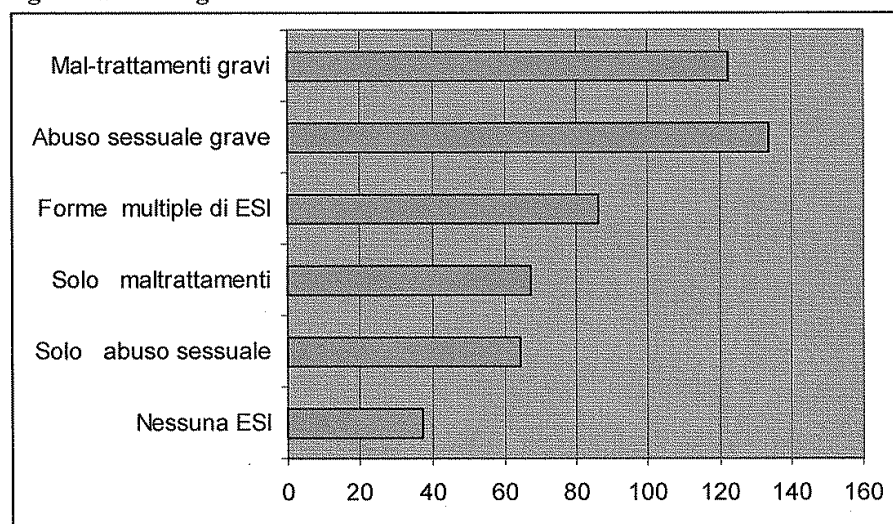
Figura 12 Indice negativo di capacità e autostima



L'esperienza della famiglia come luogo insicuro e fonte di sofferenza e di pericoli segna la storia di queste donne nel loro rapporto con se stesse (esse si percepiscono come luogo incerto, insicuro) mina inevitabilmente anche la loro possibilità di proiettarsi nel futuro: chi ha vissuto mal-trattamenti e abuso sessuale ha più facilmente aspettative negative rispetto al futuro, non si sente in grado di affrontare e gestire le situazioni, teme di non ottenere supporto dal contesto esterno, non trova in se energie per determinare i cambiamenti. Anche in questo caso è stata costruita una misura di sintesi per esprimere il peso dei vissuti di impotenza e di inefficacia, l'indice "negativo" di coping e aspettative sociali: i valori non presentano differenze marcate come nel caso precedente, in questo caso c'è un livellamento tendente ad una percezione negativa diffusa del futuro e della realtà esterna, che senza eccessive differenze viene avvertita come dimensione sulla quale la singola sente di non poter agire un cambiamento.

Figura 13 Indice negativo di coping e aspettative sociali**Sessualità**

Nell'area della sessualità, le situazioni più cariche di sofferenza sono riferite dalle donne che sperimentarono abuso sessuale grave e maltrattamenti gravi, come rileva una nuova misura di sintesi, anche in questo caso letta al negativo: l'indice negativo dei vissuti relativi alla sessualità. Come si vede in figura, l'indice cresce in modo esponenziale passando dal gruppo di controllo di donne che non riferisce alcun tipo di abusi e maltrattamento (valore medio 37,4) a chi ha subito abuso sessuale grave o maltrattamenti gravi (rispettivamente 133,9 e 122,4).

Fig. 14 Indice negativo di vissuti relativi alla sessualità

5.5.2 La salute delle donne

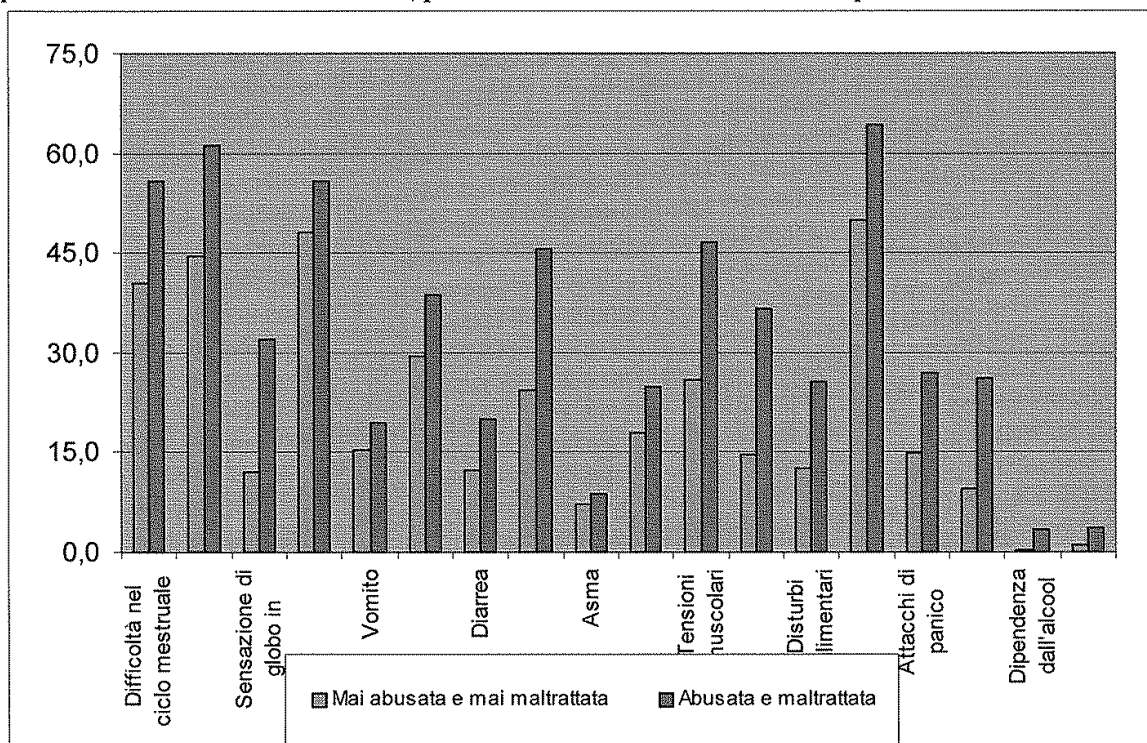
Il questionario proponeva una domanda sulla frequenza di 19 specifiche categorie di disturbi o espressioni di comportamento a rischio rispetto alla salute.

I dati attualmente disponibili sono stati analizzati semplificando la scala di frequenza su cinque modalità (sempre, spesso, qualche volta, raramente e mai) nella distribuzione binaria: 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 mal-trattamento 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 mal-trattamento sia abuso sessuale è invece quello che riporta una maggiore presenza e frequenza di disturbi fisici.

Figura 15 - 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



V.6. Violenze in età adulta

L'intervista ha voluto indagare, sebbene in modo non approfondito, anche eventuali esperienze di mal-trattamento 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 immedesimazione con il vissuto e il ruolo di vittima.

In verità, questa sezione del questionario rimescola un po' le posizioni dei tre gruppi poiché anche donne che non hanno riferito alcuna esperienza di abuso o mal-trattamento 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).

I dati della presente ricerca segnalano che la compresenza di abuso e mal-trattamento 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.

Il 13,7% delle donne afferma di aver subito molestie sessuali, prevalentemente in ambiente extradomestico.

Anche minacce e violenze verbali ricorrono nella storia delle donne (14,3%) e, analogamente a quanto appena osservato, anche in questo caso l'incidenza è significativamente maggiore tra chi ha vissuto anche esperienze infantili di mal-trattamento o abuso.

La presenza di mal-trattamento infantile assume un valore predittivo anche rispetto all'esposizione a violenze e aggressioni fisiche in ambiente domestico. Interessa in totale il 6,2% delle donne, ma l'incidenza è pari al doppio nel gruppo delle donne "abusate e maltrattate": 12,5%.

Infine, hanno subito un tentativo di 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..

V.7. Conclusioni

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.

Talvolta la risposta ai problemi che oggi qui noi affrontiamo sembra un esercizio di stile o un tentativo di trovare un palliativo agli aspetti più superficiali (agli epifenomeni), un po' come se dinanzi ad un incendio ci preoccupassimo di più del fumo e del cattivo odore accendendo una candela mangiafumo e spremendo un po' di deodorante invece di preoccuparci del fuoco e chiamare i pompieri!

In tutti i settori, può accadere che sia più comodo e per noi tollerabili fermarsi alle conseguenze terziarie delle violenze invece di effettuare una diagnosi che ci riconduca alle cause primarie, spesso

ben protette da convenzioni sociali e tabù che difendono l'indicibilità di alcune storie e la difficile accessibilità delle famiglie nelle quali c'è violenza domestica e abuso contro i bambini e le bambine.

La famiglia rimane il luogo nel quale sorgono le più complesse forme di mal – trattamento 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 mal-trattamenti 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.

Laddove fallisca la possibilità di un intervento precoce o addirittura preventivo, la possibilità di accedere a servizi specializzati o 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 genitoriale in età adulta.

Capitolo IV - APPROFONDIMENTI TEMATICI SULLE VIOLENZE SECONDO DI DIVERSI AMBITI DI VITA DEL BAMBINO: FAMIGLIA, SCUOLA E COMUNITÀ

Sezione I. La prevenzione della violenza e la cura attraverso il sostegno e il recupero positivo della genitorialità

Il nostro Paese in questi anni ha compiuto importanti passi in avanti nelle politiche per minori e famiglie, di cui possiamo considerarci soddisfatti, ma non per questo la nostra attenzione diminuisce: ci rendiamo perfettamente conto che ancora molto resta da fare, non soltanto perché tutto è sicuramente sempre migliorabile, ma perché lo impongono i mutamenti sociali ed economici. Occorre tenere dedito il senso di responsabilità del mondo politico e culturale, come quello di tutta la comunità adulta nei confronti dei più piccoli nell'attuare tutte le forme di contrasto alla violenza, procedendo in più direzioni: se da una parte si rendono necessarie delle strategie repressive per neutralizzare il potenziale offensivo, dall'altra dobbiamo proseguire sulla strada della promozione di tutto ciò che è positivo per i nostri minori. In questo senso, si incominciano a registrare delle buone ricadute alle esperienze di *sostegno alla genitorialità*, che ci stimolano ad andare avanti in questa direzione. Lo dimostrano alcune esperienze di preparazione alla nascita con le giovani coppie di genitori, di tutoraggio, di educazione all'affido familiare, di sostegno all'adozione.

In generale, in termini di risposte qualitative ai bisogni evolutivi globalmente intesi, è utile rafforzare la responsabilità dei *caregiver*, quale requisito di base per tutelare al meglio i bambini e per fornire loro le cure e i legami necessari ad un sano sviluppo. Esiste ormai un diffuso riconoscimento, anche scientificamente provato, sull'utilità dei progetti a sostegno delle responsabilità familiari. Tuttavia, può essere utile fare chiarezza sui due termini chiave *famiglia* e *responsabilità*: la famiglia non è un concetto, dato una volta per tutte, ma una realtà sociale in continuo divenire. I servizi non incontrano la Famiglia, ma le famiglie, soggetti complessi, vivi, reali, concreti e diversificati; con le loro fragilità e con i loro punti di forza, ed i bambini vivono e crescono all'interno di queste reali e differenti situazioni relazionali, spesso anche mutevoli, se pensiamo ai dati su separazioni, divorzi, famiglia monoparentale, famiglia mista, ricomposta, multilingue, plurireligiosa, ecc.. La *responsabilità*, in secondo luogo, va intesa come capacità di farsi carico, e dunque di pensare ed agire *per* l'altro, il bambino, ma stando *con* l'altro in un rapporto di vicinanza emotiva e di *flessibilità*, in maniera, cioè che l'agire (o anche il non - agire) sia adeguato alle sue caratteristiche ed ai suoi bisogni, diversi da un bambino ad un altro e mutevoli nel tempo e nei differenti contesti. Questo assunto di base può accomunare tutte le culture, le razze, le religioni, le condizioni socioeconomiche ed essere applicato ad ogni datore di cure. Anche la capacità di mettere in discussione le proprie competenze come genitori, il ricercare o l'accettare l'intervento dei servizi quando si è sotto stress, il saper riconoscere la propria inadeguatezza, momentanea o permanente, possono essere indice di senso di responsabilità da parte dei genitori.

Tanto nella ricerca dell'eziologia del malessere familiare ed individuale, quanto nella valutazione del rischio e della recuperabilità, diversi autori suggeriscono di integrare il giudizio clinico con quello sociale. È opinione condivisa che sia tempo di abbandonare l'approccio tradizionale basato sulla ricerca degli elementi disfunzionali che mettono a rischio o costituiscono pregiudizio per il minore, per passare ad un approccio 'ecologico', come indicato dall'OMS, che individui dei nessi dinamici tra fattori di rischio e fattori di protezione in un sistema complesso che comprende aspetti contestuali prossimali e distali, caratteristiche del bambino, del genitore, della relazione genitore-bambino e bambino-genitore. *Nella definizione della competenza genitoriale*, il principio-guida dovrebbe essere, come per la valutazione del trauma, *in termini di funzioni (di effetti), piuttosto che*

di forma¹. La funzione generale della genitorialità è facilitare lo sviluppo ottimale del bambino all'interno di un ambiente sicuro². Quando tale funzione è attribuita ai genitori, naturali e non, del minore, occorre favorire azioni multidisciplinari e multisettoriali di promozione e sostegno, che li mettano il più precocemente possibile nelle migliori condizioni per assolverla. È necessario, inoltre, verificare costantemente l'efficacia degli interventi e la qualità dei Servizi.

La maggioranza delle violenze avviene o si genera nel contesto intrafamiliare: si comprende quindi come nelle situazioni a rischio il sostegno alla genitorialità debba essere preceduto e accompagnato dalla valutazione della capacità e della eventuale possibilità di recupero genitoriale, due passaggi cruciali per la messa in sicurezza del minore, per l'identificazione e la pianificazione degli interventi necessari, per prendere decisioni relative al futuro del bambino. A questo scopo occorre adeguare risorse professionali e strumenti operativi, nonché creare connessioni tra i servizi di promozione della salute o di tipo educativo e i servizi deputati alla tutela, alla diagnosi e alla cura dei minori e delle famiglie.

I.1. Sostenere e valorizzare la famiglia: interventi specifici per la protezione dei bambini a rischio o vittime di violenze

I.1.1 *Le esperienze sfavorevoli infantili: come tenerne conto?*

Un autore americano, Felitti, ha opportunamente introdotto nel complesso dibattito sull'abuso all'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 rispetto all'ideale percorso evolutivo. 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'ambito familiare imprevedibile e malsicuro, come per esempio alcolismo o tossicodipendenza dei genitori, malattie psichiatriche e soprattutto violenza assistita (cioè il coinvolgimento del minore, attivo e/o passivo, in atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui affettivamente significative).

Ciò che accomuna tutte le forme di Esperienze Sfavorevoli Infantili e rende anche così poco differenziabili le loro conseguenze in termini di sintomi e comportamenti, è il fatto che producono distorsione traumatica nei processi di attaccamento, base della futura personalità. Grave rischio sarebbe avventurarsi a programmare gli interventi senza una conoscenza approfondita di quali siano *le esigenze dei soggetti* in favore dei quali operiamo.

Benché già una serie di sintomi e comportamenti patologici siano rilevabili, in varie fasi della vita, nei giovani soggetti che hanno subito questo tipo di esperienze traumatiche, ancor più diventa chiara l'entità dei supporti necessari quando si approfondisce il loro pensiero, così deformato dall'abuso. In questi bambini infatti, al di là delle espressioni dello stress post-traumatico che possono conseguire all'esperienza traumatica, residuano cronicamente modificazioni patologiche della fiducia di base e dei 'modelli operativi interiorizzati' (MOI) che stanno per ogni essere umano alla base del pensiero su di sé e sulle relazioni, che guida nel tempo scelte e realizzazioni. È ovvio che quando questa sorta di 'filosofia' interna rende prevalenti vissuti di disvalore personale, di malevolenza e tradimento nel rapporto con il prossimo, di cronico iperallarme o di necessità ricorrente di fare del 'non pensiero' una specie di anestesia protettiva dall'ansia e dalla depressione, le conseguenze negative sul piano di un corretto sviluppo e di buone realizzazioni nella vita adulta siano prevedibili.

Non va poi dimenticato che proprio il pensiero patologico è a rischio di riaffiorare tutte le volte che circostanze esterne provochino una nuova presa di contatto con l'esperienza traumatica, o incidenti di percorso - del resto inevitabili nella vita - rinforzino i vissuti sopra descritti. Sappiamo inoltre che

¹ *Parenting Information Project* - Commonwealth of Australia, 2004:5

² Reder, P., Duncan, S. & Lucey, C. *Studies in the assessment of parenting*. London: Routledge, 2003

persino i percorsi protettivi contengono in sé il rischio dell'innescare di tali 'riattivatori traumatici': pensiamo ad esempio al ruolo dell'incrocio del bambino con i percorsi giudiziari.

Inoltre è caduta ormai l'artificiosa distinzione tra danno psichico e danno fisico. Cattive condizioni di accudimento, fonte di esperienze traumatiche, specie se croniche, producono danni cerebrali rilevabili e gravi in vari distretti e funzioni, che governano tutta la funzionalità dell'organismo: memoria e pensiero complesso; regolazione emotiva; battito cardiaco e pressione arteriosa; funzionalità del surrene, che produce il cortisolo, principale ormone adattogeno; sistema immunitario.

Ne deriva una *vasta gamma di esiti patologici*, come depressione, ansia, somatizzazione, dissociazione, che si manifestano anche 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.

Molte persone vittime di esperienze sfavorevoli infantili, pur non presentando gravi sintomi psicopatologici, sperimentano ugualmente *difficoltà in diverse aree sociali ed interpersonali*, che il più delle volte vengono sottovalutate. Frequenti sono *fallimenti a livello scolastico e relazionale* che li lasciano, nel mondo adulto, privi delle competenze fondamentali per affrontare ed adattarsi alle difficoltà della vita. Spesso i bambini con esperienze di maltrattamento presentano un modello interattivo con i propri pari caratterizzato da alti livelli di aggressività, dalla carenza di atteggiamenti prosociali e di avvicinamento. *In età adolescenziale e adulta* questi soggetti spesso vivono relazioni di bassa qualità, anche nell'area sessuale, e hanno un concetto di sé particolarmente distorto, caratterizzato da bassa stima di sé, dal bisogno di controllo sugli altri, da ipersensibilità ai giudizi delle altre persone, da ostilità interpersonali e dalla vulnerabilità allo sfruttamento.

Quanto più, quindi, occorrerà attrezzarsi per modificare proprio quei 'modelli operativi interiorizzati' negativi, in un contesto di vita (l'esperienza beneficamente correttiva) che garantisca a questo sforzo il conforto della verifica che 'un altro mondo' è possibile, nel quale quei modelli operativi si mostrano finalmente profondamente inadeguati e penalizzanti.

Per contrastare il maltrattamento non basta individuarlo e fermarlo: bisogna sostituirlo con altro.

Togliere il maltrattamento, affermando i diritti del bambino, non innesca in automatico il suo contrario: di quale esperienza buona e/o correttiva riempiamo il vuoto di maltrattamento? E ancora prima: con quale "buon trattamento" sperimentato nell'infanzia in famiglia ostacoleremo l'impatto di eventi negativi che potrebbero generare trauma?

I diritti possono essere imposti, il "buon trattamento" no: il legame positivo e riparativo, può essere soltanto promosso, facendo leva sulle migliori aspirazioni degli esseri umani e attivandole.

1.1.2 Quale approccio adeguato al problema? quale il ruolo della famiglia?

Quando si parla di bambini e famiglie a rischio o di famiglie nelle quali la violenza si è già conclamata, abbiamo molto bisogno di criteri oggettivi che unifichino, al di là delle posizioni culturali e ideologiche, costituendo una solida base delle politiche *'science based'*. Va evitato il rischio di destinare le risorse sociali, istituzionali, economiche ad investimenti non essenziali, a scapito degli investimenti essenziali. Specie nelle società del benessere, molto di quanto si fa per l'infanzia può promuovere 'valori aggiunti' o, peggio, superflui, mentre continuano a scarseggiare le risposte ai bisogni primari di benessere psicofisico.

Abbiamo possibilità multiple di intervento. Andranno combinate azioni dirette a prevenire gli eventi danneggianti e a ridurre l'impatto e gli effetti (fattori di rischio o danno); e azioni dirette a promuovere sia un buon accudimento sia la resilienza del bambino, cioè la resistenza a sviluppare patologie in seguito ad eventi sfavorevoli (fattori di protezione).

Sappiamo anche che i Modelli Operativi Interiorizzati, cioè la "filosofia del mondo" che ogni soggetto ricava dalle sue esperienze precoci e che determina il suo comportamento ed il sentimento di sé, restano modificabili per tutta la vita, se eventi esterni e momenti critici interni spingeranno al cambiamento. Quindi per molto tempo una "moneta buona" può e deve giungere a spostare quella

"cattiva": ma in modo specifico e mirato, se deve agire nel cuore del malessere che pervade questi bambini.

La naturale sede dell'esperienza correttiva è costituita dalle relazioni familiari. I genitori sono insostituibile fonte di benessere e resilienza per il bambino. Vanno sostenuti perché facciano al meglio ciò che soltanto loro possono fare. Come? Analizziamo e mettiamo a fuoco qualche spunto considerando due lati del problema: la prevenzione e la cura.

I.- La prevenzione

Il modo più mirato e specifico di fare prevenzione è investire in resilienza.

Provate ad immaginare di far cadere da un tavolo una tazza di porcellana e una di plastica. succederà la stessa cosa alle due tazze? O ancora: pensate all'effetto di un terremoto su una casa di sassi e su una casa antisismica. Quale delle due è più pericolosa per i suoi abitanti? La differenza corrisponde al concetto di resilienza, cioè la possibilità di non farsi colpire e di reagire in modo positivo ad eventi traumatici: dote che negli esseri umani costituisce la migliore assicurazione sulla vita.

C'è un modo per rendere i bambini, e gli adulti futuri, resilienti?

È oggi provato che la *resilienza* ha la sua radice nei Modelli Operativi Interiorizzati che il bambino ha potuto costruire nei primi due-tre anni di vita. In quel periodo i piccoli arrivano a mettere a frutto nel modo migliore l'immenso patrimonio di cellule nervose di cui gli esseri umani sono dotati alla nascita. Questo processo di sviluppo è costantemente modificato dalle condizioni esterne che hanno un impatto sul processo stesso. Centrale è la relazione del bambino con il datore di cura, come attestano i numerosi studi sui comportamenti di attaccamento, cioè di ricerca di prossimità da parte del bambino col datore di cura primario, quando sente dolore, paura, freddo, fame e ogni genere di sconcerto. Sulla base della risposta della madre (abituale datore di cure primario) il bambino costruisce modelli delle relazioni significative che lo accompagneranno per tutta la vita e modula l'assetto di ormoni fondamentali nell'equilibrio psichico, come cortisolo ed endorfine. Se il modello costruito sarà positivo, avremo nel soggetto una specie di corazza resistente all'impatto turbativo di eventi stressanti, non evitabili nella vita (perdite, lutti, fallimenti, o peggio esperienze traumatiche vere e proprie) e una maggiore capacità di autoriflessione e di rielaborazione delle proprie esperienze passate. Ciò significa che se una certa esperienza sfavorevole e traumatica avviene a un soggetto che ha avuto la possibilità di strutturare un attaccamento sicuro, l'impatto immediato dell'esperienza sarà minore e la possibilità di ripararla sarà decisamente superiore a quella di un soggetto che non ha costruito un attaccamento sicuro.

Si può sperare dunque che con un investimento mirato a conseguire modelli di attaccamento sicuro potremo ottenere risultati rilevanti e duraturi di benessere: benessere che renderà più facile anche l'elaborazione degli inevitabili eventi negativi dell'esistenza, riducendo i costi di sofferenza e, perché no, il bisogno di cura.

a. Riduzione dei fattori di rischio

Le esperienze significative, prime quelle che riguardano la relazione di cura primaria, se possono essere una insostituibile fonte di salute per il bambino, possono essere anche il luogo dei più pericolosi attentati alla stessa. Come costruire un approccio preventivo al potenziale traumatogeno (in quanto disturba sensibilmente il normale percorso evolutivo) che proviene dal contesto di vita del bambino?

Innanzitutto, nelle moderne società occidentali è necessario introdurre consistentemente l'attenzione per un rischio che non coincide più con le aree di povertà o multiproblematicità. Se nelle società meno sviluppate appare ovvio che il bambino a rischio sia quello che appartiene a gruppi sociali svantaggiati (povertà, analfabetismo, scadente assistenza, basse opportunità di vita), nelle società sviluppate il bambino a rischio è quello che vive in un contesto sociale e soprattutto relazionale che non è in grado di produrre risorse capaci di soddisfare i suoi bisogni evolutivi sul piano mentale. Ulteriore rinforzo a quanto sopra è la constatazione che l'abuso all'infanzia, anche in forma grave (pensiamo all'abuso sessuale e al suo potenziale distruttivo) non è sempre connesso a svantaggio