

**CEPIC**

**Centro Europeo di Psicologia  
Investigazioni Criminalità**

**Corso di Aggiornamento  
e Formazione in Psicologia  
della Criminalità e della Devianza**

# **ABUSO SESSUALE SU MINORI E PEDOFILI**

**Tesina**

**a cura di**

**Elisa Di Michele**

**Alessandra Di Michele**

**E-mail: [elisa.dimichele@fastwebnet.it](mailto:elisa.dimichele@fastwebnet.it)**

**[alessandra.dimichele@fastwebnet.it](mailto:alessandra.dimichele@fastwebnet.it)**

**Maggio 2006**

# **ABUSO SESSUALE SUI MINORI E PEDOFILIA**

## **INTRODUZIONE**

Nonostante le attenzioni dichiarate ai diritti e alla tutela dell'infanzia, i casi di violenza a danno dei minori sono frequenti e si manifestano con l'abuso sessuale, con la pedo-pornografia in internet o con forme subdole come l'utilizzo delle immagini dei bambini in televisione o negli spot pubblicitari, per attirare l'attenzione del pubblico adulto.

Le difficoltà che si incontrano nella trattazione di argomenti quali l'abuso sessuale sui minori e la pedofilia risiedono nell'impossibilità di definire clinicamente le parafilie, indipendentemente da una concezione culturale.

Il comportamento sessuale varia, infatti, in base a circostanze storiche e ai diversi contesti socio-culturali.

Nell'antica Grecia era diffusa la pratica dell'infanticidio e della pederastia, ovvero il particolare rapporto fra un uomo (il maestro) e un ragazzo (il discepolo) che avesse oltrepassato la soglia della pubertà, ma che non avesse ancora raggiunto la maturità; tale pratica rientrava nel processo di socializzazione come strumento essenziale per la formazione morale e politica del giovane; per quanto riguarda le bambine era consuetudine "esporle" subito dopo la nascita, ovvero abbandonarle accanto ai rifiuti; se venivano raccolte erano considerate proprietà della persona che le prendeva ed equiparate agli schiavi: potevano, quindi, essere avviate a qualsiasi lavoro servile non esclusa la prostituzione che era ammessa quando i bambini non erano di nascita libera.

Anche nell'antica Roma i bambini potevano essere venduti come schiavi e inseriti nel giro della prostituzione; i maschi potevano essere castrati durante l'infanzia per aumentarne il fascino come oggetti di piacere sessuale.

Con il Medioevo furono accantonati i propositi educativi e i bambini, trascurati, sprofondarono nell'analfabetismo. La diffusione della conoscenza avveniva soprattutto per via orale e l'infanzia si considerava terminata a sette anni, perché a questa età, acquistato il controllo del linguaggio, il bambino era equiparato all'adulto.

Nell'Europa del XVI e XVII secolo, molti bambini furono perseguitati, torturati e uccisi insieme alle (presunte) streghe perché il manuale seguito dai giudici per praticare la caccia alle streghe medesime - il *Malleus Maleficarum* - stabiliva che i bambini di sei anni potevano stipulare un patto eretico con il diavolo attraverso un rapporto sessuale.

Si veniva accusati e condannati al rogo per aver avuto fantasie o sogni erotici ed il soggetto era ritenuto eretico se si rilevavano segni di rapporti anali e/o orali; anche la masturbazione e le posizioni coitali non tradizionali erano considerate prove di eresia.

Durante il Rinascimento si tentò di riportare in vita il modello greco con il ritorno alle pratiche pederastiche.

Con l'Illuminismo si diffuse una cultura improntata allo scetticismo, alla libertà e all'indagine razionale. Parallelamente alle tendenze libertine si sviluppò un'educazione moralistica esasperata che prevedeva per i bambini punizioni corporali, anche per interessi e attività sessuali del tutto normali nell'età dello sviluppo.

La moralità repressiva che dominava l'età vittoriana si esprimeva nell'educazione puritana, che prevedeva metodi educativi particolarmente severi per tenere i bambini lontani dal *diavolo* che, secondo le credenze popolari, poteva impossessarsi delle loro anime. La demonizzazione della masturbazione era rinforzata dai trattati medici che consigliavano la procedura chirurgica della clitoridectomia per le ragazze che si masturbassero abitualmente. Fu proprio questo clima che -

paradossalmente - contribuì ad indirizzare il comportamento abusante verso i bambini; la diffusione della prostituzione, come altra faccia della medaglia, si dimostrò utile per salvaguardare il *quieto vivere* della famiglia, dove il sesso era ammesso solo a scopo riproduttivo, mai durante il ciclo mestruale, né durante la gravidanza.

Una conseguenza della paura delle malattie veneree fu la crescente richiesta di prostitute vergini, ritenute incontaminate, cui si associò la superstizione secondo cui il rapporto sessuale praticato con una vergine o con un bambino guarisse la sifilide.

In Italia tra il 1800 e il 1900 vigevano norme che prevedevano per i minorenni vittime di abuso sessuale la detenzione in riformatorio, per punire la loro partecipazione attiva o la sottointesa capacità di seduzione.

La concezione della sessualità oltre a mutare nel corso del tempo si differenzia anche nelle varie culture: se Musulmani e Indù considerano l'atto sessuale come sacro, tanto da dedicare un'intera opera, il Kamasutra, alle numerose e possibili variazioni nelle posizioni del rapporto sessuale per aumentarne il piacere, presso gli Ebrei si proibisce la masturbazione paragonandola ad un omicidio.

Nelle società cattoliche si enfatizza il rapporto sessuale completo, consentito solo in una relazione matrimoniale, esclusivamente per fini riproduttivi e mai per puro piacere; la contraccezione, la fecondazione artificiale, l'omosessualità e la masturbazione sono condannate perché contrarie al modello proposto come positivo.

Ancora oggi, presso molte popolazioni soprattutto africane, persiste una cultura di sopraffazione e di violenza - perpetrata ai danni dei soggetti deboli - che comprende pratiche come lo stupro, l'infibulazione, l'esposizione dei neonati, l'infanticidio.

In altre nazioni del sud-est asiatico invece la violenza sui minori, gli abusi sessuali, la prostituzione infantile, il lavoro minorile sono fenomeni indotti dallo stato di estremo degrado sociale in cui versano le popolazioni che vivono ai margini delle metropoli.

L'aumento della sensibilità collettiva rispetto ai diritti umani e la diffusione di una cultura di protezione e di cura dell'infanzia, unitamente all'azione dei servizi sociali che si occupano della tutela dei minori, costituiscono il primo fronte di contrasto del fenomeno degli abusi, primo tra tutti quello sessuale, fermo restando che ancora molto resta da fare.

## **DEFINIZIONI**

Il termine *abuso* indica sia gli atti sia le carenze di cure che turbano gravemente il bambino, che attentano alla sua integrità corporea e al suo sviluppo fisico, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o le lesioni di ordine fisico, psichico o sessuale riprodotte da familiari o altri che hanno comunque contatti con il minore.

Montecchi riassume le diverse tipologie di abuso in:

- abuso fisico;
- abuso psicologico;
- incuria o trascuratezza;
- ipercuria;
- discuria;
- abuso sessuale.

L'abuso fisico consiste in diverse forme di maltrattamenti e di violenze fisiche messe in atto da un adulto nei confronti di un minore (rientra in questa categoria la *battered child syndrom*).

Per abuso psicologico si intendono quelle forme di omissioni di attenzioni nei confronti del minore, ad esempio l'indifferenza, e di perpetrazione di comportamenti inadeguati, come gli insulti, entrambi dannosi dal punto di vista emotivo, affettivo e psicologico.

L'incuria o la trascuratezza consistono nell'assenza, per incapacità o disinteresse, di attenzioni adeguate nei confronti del bambino da parte di chi dovrebbe prendersene cura (*care-giver*).

Tra le forme di ipercuria, troviamo la sindrome di Munchhausen per procura, che consiste nell'invenzione da parte del *care-giver* di sintomi fisici o malattie vere e proprie, per giustificare cure e ripetute ospedalizzazioni del bambino al fine di curarlo. In alcuni casi gli adulti possono giungere a causare, somministrando sostanze tossiche o veleni, uno stato patologico nel minore per convincere i sanitari a curarlo.

Nella discuria rientrano tutti quei comportamenti degli adulti che per incapacità, cattiva volontà o mancanza di empatia non sono in grado di riconoscere i bisogni del minore e di rispondere adeguatamente.

L'abuso sessuale infantile è una violenza che non richiede necessariamente l'uso della forza. Un atto sessuale compiuto nei confronti di un bambino viene comunque considerato un abuso in quanto non tiene conto dei suoi bisogni o dei suoi desideri. Un bambino che si trova coinvolto in attività sessuali non caratterizzate da violenza esplicita, subisce comunque un attacco destabilizzante alla sua personalità e al suo processo evolutivo.

L'abuso sessuale infantile comprende una serie di comportamenti molto differenti tra loro: la pedofilia, l'incesto e l'abuso intrafamiliare, lo stupro e la violenza carnale, la sodomia e la pederastia, la manipolazione dei genitali, le molestie, le pratiche o i comportamenti omosessuali indecenti e libidinosi nei confronti di minori; scattare foto pornografiche ai minori, sfruttare la prostituzione minorile, sollecitare l'interesse di minori verso materiale pornografico.

L'abuso sessuale intrafamiliare può essere ulteriormente suddiviso in:

- abuso sessuale manifesto;
- abuso sessuale mascherato;
- pseudoabuso.

Fanno parte della prima categoria i casi di abuso sessuale conclamati, della seconda i casi di cure e attenzioni morbide che celano la ricerca di soddisfazione sessuale da parte dell'adulto e della terza le rivelazioni e le denunce di abuso sessuale in casi in cui l'abuso non è avvenuto, come nelle false dichiarazioni da parte delle pseudovittime o da parte di un adulto per strumentalizzare la denuncia contro il presunto autore dell'abuso.

Una definizione clinica dell'abuso sessuale deve includere tre fattori:

- un'esplicita descrizione di quanto è accaduto con riferimento alla natura degli atti sessuali, alla frequenza con cui si sono verificati e all'uso della violenza;
- informazioni circa l'età e lo sviluppo delle persone coinvolte: la differenza di età, il livello di intelligenza, lo stato mentale;
- la natura del rapporto tra le persone coinvolte, la qualità del loro rapporto, la loro percezione e i loro sentimenti riguardo l'accaduto.

I termini "abuso sessuale" o "molestia infantile" sono spesso impiegati come sinonimi di "pedofilia" anche se quest'ultimo descrive un interesse sessuale per i bambini, al di là del fatto che tale interesse sia agito oppure no.

Mayer afferma che il termine pedofilia è idoneo a differenziare l'abuso intrafamiliare (incesto) da quello extrafamiliare.

Secondo Freund l'interesse sessuale verso persone di ambo i sessi che non hanno raggiunto la maturità sessuale può essere distinto in:

- Pedofilia: interesse sessuale a lungo termine verso bambini dalla conformazione fisica tipica inferiore agli 11 anni.
- Pedoebefelia: interesse sessuale verso persone con sviluppo fisico sotto gli 11 anni, come verso le pubescenti di 11-14 anni e i pubescenti di 11-16 anni.

## **FATTORI CHE DETERMINANO L'ABUSO**

Per comprendere il fenomeno “abuso sessuale” deve essere presa in considerazione una serie di fattori e di variabili che contribuiscono a determinare il fenomeno stesso e il conseguente vissuto traumatico della vittima.

Prima di tutto devono essere considerati i fattori individuali quali: la salute fisica, psicologica e mentale dei due attori (vittima e autore). Devono essere esaminate le caratteristiche di personalità della vittima: la percezione delle esperienze infantili ed i vissuti ad essa correlati, le pratiche educative, la tolleranza alle frustrazioni, le strategie di *coping* e di *problem solving*, la soglia di sopportazione dello stress, l'immagine di sé, il livello di autostima, il locus of control e le risorse personali.

In secondo luogo devono essere indagati i fattori relazionali relativi ai nuclei familiari dei due attori: le interazioni tra i membri della famiglia, i ruoli, la struttura gerarchica, le norme e le regole, i confini del nucleo familiare e le reti di relazioni familiari.

Nell'esame devono poi essere considerati i fattori sociali: le condizioni socio-economiche, le reti di sostegno sociale formali e informali e le loro caratteristiche, l'integrazione sociale, il tipo di cultura più o meno rigida in cui l'abuso si è verificato.

Nel caso di abuso intrafamiliare bisogna procedere con lo studio della struttura familiare, delle relazioni che intercorrono tra i vari membri, i loro ruoli, le norme, i valori, le tradizioni, le intenzioni e i confini.

La struttura familiare di tipo disfunzionale, in cui sono possibili fenomeni di abuso, è caratterizzata da confini chiusi, con connessioni fisse e rigide; risultano rigidi anche i ruoli, le relazioni, le regole e le norme. I membri della coppia genitoriale non hanno potere egualitario; il livello di potere più elevato (di solito il padre) gestisce e domina i livelli inferiori (moglie e figli) che gli sono sottomessi.

In queste famiglie di solito i genitori hanno matrimoni infelici, il sesso tra i coniugi è insoddisfacente o assente, i padri sono spesso frustrati da problemi economici o lavorativi e tendono a ritorcere la loro sofferenza e il senso pervasivo di impotenza sui figli o sulla moglie abusandone fisicamente, sessualmente o psicologicamente; le madri risultano spesso incapaci di adempiere al loro ruolo genitoriale.

Nelle famiglie disfunzionali inoltre, i genitori interagiscono con i figli come se questi fossero più grandi della loro effettiva età, cercano in loro rassicurazione, conforto e amore come se si trattasse di adulti con cui instaurare relazioni paritarie o di sostegno con evidente inversione dei ruoli; si riscontrano frequenti sentimenti di dipendenza, incapacità di empatizzare con i figli cui corrisponde una disattenzione verso i loro bisogni. Spesso i membri della famiglia devono sacrificare la loro identità personale per favorire la sopravvivenza del sistema; la famiglia mantiene la propria omeostasi grazie alle rigide norme e ai membri che si adeguano a tali regole adattive ma disfunzionali, che promuovono cioè la strumentalizzazione delle persone, la negazione e la repressione della spontaneità emotiva.

La famiglia sopra descritta, abusiva, è caratterizzata da un'atmosfera di sinistra segretezza che coinvolge tutti i membri, con complicità, alleanze, negazioni, assenza di solidi legami affettivi, paura e colpa.

Le vittime sono controllate con il ricatto e la violenza, credono di aver commesso qualcosa di sbagliato e si sentono per questo in colpa. Gli altri membri del nucleo familiare ne risentono in maniera diretta o indiretta.

L'abuso intrafamiliare segue un iter piuttosto prevedibile:

- fase della scoperta: l'informazione emerge attraverso l'esposizione alla denuncia;
- segue una fase di negazione che coinvolge tutti i membri della famiglia;
- si sviluppa una fase di repressione, l'autore dell'abuso cerca di assicurarsi, tramite varie strategie, che non vengano alla luce ulteriori informazioni sui fatti;
- il sistema familiare si chiude nel segreto;
- come ultima fase di solito si ha la ritrattazione, perché il bambino spaventato non è in grado di sostenere la posizione della denuncia e afferma di non ricordare o di non sapere.

Il bambino, costretto alla negazione dell'ovvio e ad accettare l'impossibile, metterà in dubbio i propri vissuti, i propri sentimenti e le proprie percezioni che gli confermano la negatività dell'atto subito, e contemporaneamente elaborerà una tendenza alla sfiducia in sé stesso e negli altri.

La violenza fisica o psichica nei suoi confronti porterà il bambino a sviluppare, per essere accettato, un atteggiamento accondiscendente che tenderà a riproporre anche in altre relazioni; imparerà che l'amore significa essere feriti o usati e che non è legittimato a chiedere aiuto a nessuno.

Gli atti di abuso e le conseguenze vengono sminuiti e negati dall'autore, che indurrà la vittima a sviluppare meccanismi di minimizzazione e negazione della paura, come di negazione dei suoi bisogni di dipendenza, curiosità e innocenza.

Il bambino imparerà a fare l'adulto, a prendersi responsabilità che non gli competono; sarà pervaso dal senso di colpa e svilupperà una tendenza all'autocontrollo esasperato e cercherà di controllare il comportamento degli altri accondiscendendo alle loro richieste, mettendo in atto schemi relazionali basati sull'inversione dei ruoli.

## **CARATTERISTICHE DEGLI ABUSANTI**

La maggior parte degli abusanti è di sesso maschile, l'età media è di 33 anni; non vengono riscontrate con frequenza psicopatologie; quelle maggiormente correlate con il comportamento abusante sono la pedofilia, la sociopatia, i disturbi borderline e narcisistici della personalità.

Essi stessi da bambini possono aver subito abusi sessuali, maltrattamenti fisici, trascuratezza fisica ed emotiva.

Nelle famiglie incestuose si possono riscontrare due tipologie di personalità materna e paterna che si intrecciano tra loro creando una struttura che contiene i vari fattori facilitanti il fenomeno di abuso.

- Personalità paterna
  - Prima tipologia: rigido, autoritario, violento, inibente la vita sociale ed affettiva esterna dei figli, insensibile ai sentimenti e ai bisogni degli altri.
  - Seconda tipologia: dipendente e succube della moglie, disoccupato, ruolo coniugale invertito.
- Personalità materna
  - Prima tipologia: passiva, succube, vittima di maltrattamenti, rifiutata dalla famiglia di origine, vittima di esperienze incestuose.
  - Seconda tipologia: autoritaria, autosufficiente economicamente, opposta alla famiglia d'origine, molto impegnata nel lavoro con perdita del ruolo genitoriale e coniugale con delega alla figlia del proprio ruolo.

Nei casi di psicopatologia si trovano varie tipologie di malattia mentale, mentre per quanto riguarda i casi non psicopatologici si riscontra immaturità psicosessuale, inadeguatezza genitale, infantilismo e bisogno di compensare carenze affettive (caratteristiche, queste, della personalità del soggetto pedofilo).

In una ricerca di Jaria e collaboratori su un campione di pedofili si è riscontrato un alto livello di immaturità affettiva, affettività egocentrica, funzioni affettive labili, rapida diminuzione dei freni inibitori di fronte ad un impulso sessuale, bassa tolleranza alle frustrazioni e ipersensibilità alle critiche.

Il soggetto pedofilo appare indifferenziato e con un investimento oggettuale primario idealizzato, da cui conseguono relazioni interpersonali inadeguate e immature.

Molti Ricercatori comunque riconducono le origini della pedofilia ad una rimozione di traumi sessuali infantili, anche se naturalmente non tutti i bambini abusati sessualmente diventeranno, da adulti, dei pedofili; il modo in cui il bambino vive la sua situazione dipende infatti da diversi fattori: sensibilità individuale, fattori esterni e interni che possono aiutare il bambino a facilitare l'elaborazione dell'esperienza traumatica. Secondo Hammer e Glueck relazionarsi con un bambino è una risposta congrua per queste persone perché dà loro una sensazione di potere, onnipotenza e controllo e li aiuta a superare il senso di vergogna, umiliazione e impotenza che hanno provato da bambini nelle mani dell'adulto abusatore. Avendo vissuto esperienze di abuso sessuale da bambini, i pedofili si pongono sullo stesso piano emozionale dei bambini, desiderando contatti sessuali con questi ultimi.

La psicologia del sé fa rientrare la perversione tra i disturbi narcisistici del comportamento, che vengono fatti risalire a gravi carenze delle figure genitoriali nella risposta ai bisogni fondamentali del bambino. La risposta pedofilica rappresenta, come ogni risposta perversa, un meccanismo difensivo, insoddisfacente e perciò reiterabile all'infinito, dove la sessualità viene utilizzata come tentativo per contrastare un sé deficitario; la possibilità di usare un minore per ottenere soddisfacimento pulsionale, agirebbe in questi casi come sostegno a una carente identità.

La pedofilia è quindi un disturbo che scaturisce da un insieme di cause tra cui un ruolo di non minore importanza possono ricoprire i fattori neuroendocrinologici come un disturbo ormonale a livello ipotalamico.

Esistono diverse classificazioni delle tipologie di pedofili, Petrone ne descrive sei tipologie:

- 1) Pedofilo latente: morbosa attenzione e fantasie per i bambini senza comportamenti manifesti; consapevole della non accettazione, a livello sociale, della sua diversità.
- 2) Pedofilo occasionale: messa in atto occasionale del comportamento pedofilico, in situazioni "facilitanti" come vacanze in località dove esperienze erotiche trasgressive sono più facilmente fattibili.
- 3) Pedofilo immaturo: mancato sviluppo di capacità relazionali normali e di raggiungimento di una sessualità genitale adulta; immaturità istintiva, affettiva ed emotiva. Modalità di adescamento di tipo deduttivo e passivo con vittime usualmente conosciute.
- 4) Pedofilo regressivo: il disturbo emerge in seguito a particolari periodi o eventi stressanti. Modalità di adescamento caratterizzata da impulsività improvvisa e irrefrenabile, con vittime sconosciute.
- 5) Pedofilo aggressivo: aggressività, impotenza e autosvalutazione. Comportamento ripetuto accompagnato da sadismo che può condurre alla morte della vittima.
- 6) Pedofilo omosessuale: condizione di immaturità affettiva ed erotismo infantile. Trasferisce sul bambino l'amore non ricevuto dalla figura materna, sopperendo con l'abuso alle carenze affettive subite. Conflitto tra resistenze psicologiche e norme sociali da un lato e forti impulsi sessuali devianti dall'altro.

Abel e i suoi collaboratori trovarono, nei pedofili, la convinzione che i loro atteggiamenti non danneggiassero i bambini, anzi molti condividevano la credenza che il contatto sessuale facesse bene al bambino, che fosse da lui stesso cercato e desiderato, quindi gli effetti dannosi erano attribuiti agli adulti e alle norme stesse che connotavano negativamente questo tipo di rapporto. I maschi pedofili ricorrerebbe frequentemente all'intellettualizzazione e alla razionalizzazione per minimizzare il male che hanno causato, evitando di assumersi responsabilità per le loro azioni, isolando intellettualmente se stessi dalle proprie risposte emozionali.

Bouchet e Cervella distinguono i pedofili in FISSATI e REGREDITI; in questi ultimi l'interesse sessuale per il minore è transitorio, come nel caso del turismo sessuale in cui l'adulto è spinto più da una situazione che non da una forte pulsione interna e mantiene le sue relazioni sessuali con gli adulti. I pedofili regrediti, invece, sono rigidamente strutturati e tutta la sfera sessuale e affettiva è rivolta ai bambini, che sono ricercati in maniera ossessiva. Appartengono a questa categoria tutti quei pedofili che scelgono una professione che consenta loro d'essere molto vicini al mondo infantile o di avere facile accesso ad esso.

## **CONSEGUENZE DELL'ABUSO**

Nella fase "acuta", di totale disorganizzazione, il sintomo prevalente è la paura e tra le reazioni a breve termine prevalgono uno stato di shock, un senso di umiliazione e sentimenti di tristezza.

Segue poi una fase di "aggiustamento", caratterizzata dalla tendenza all'autodifesa, con comportamenti di introversione e ritiro in se stessi.

L'ultima fase che caratterizza le conseguenze a breve termine è contraddistinta da vissuti e pensieri negativi, quali la depressione, il rimuginare sull'evento e il ritorno della rabbia contro se stessi e concretizzati in comportamenti autodistruttivi.

Tra i sintomi fisici troviamo:

- disturbi fisici di vario genere (dolori gastrici e/o gastrointestinali, cefalee ecc.);
- disturbi del sonno (incubi, pavor nocturnos, sonnambulismo, difficoltà di addormentamento);
- enuresi e/o encopresi;
- disturbi della condotta alimentare.

I sintomi psico-comportamentali a breve termine sono:

- ansia;
- timidezza estrema;
- paura del fallimento,
- atteggiamento ritroso e isolamento;
- silenzio, mutismo e comportamento non comunicativo;
- ostilità e aggressività;
- basso livello di autostima;
- difficoltà di apprendimento;
- rabbia intensa;
- fobie;
- comportamenti sociali inadeguati rispetto all'età;
- fughe da casa;
- paura di vedere determinate persone e di andare in certi posti;
- disturbi dei processi cognitivi;
- problemi del rendimento scolastico e disciplinari;
- comportamenti regressivi e infantilismo;
- comportamenti oppositivi-contrastanti;



- problemi nelle relazioni con i pari;
- depressione;
- pseudomaturità sessuale e comportamenti sessuali inappropriati;
- atti delinquenti e atteggiamenti devianti;
- abuso di sostanze tossiche;
- automutilazioni, comportamenti autolesivi e autodistruttivi;
- tentativi di suicidio.

Le conseguenze sul comportamento sessuale sono:

- comportamento sessuale inappropriato;
- ipersessualità;
- *acting out* sessuali;
- confusione di genere (in particolare nei maschi vittime di abuso sessuale da parte di uomini adulti);
- masturbazione manifesta ed eccessiva;
- esibizione dei genitali;
- tentativi di introdurre oggetti nei genitali;
- aggressività sessuale (per esempio costringere gli altri ad attività sessuali coercitive);
- comportamenti e giochi notevolmente sessualizzati.

Le conseguenze a lungo termine, riscontrabili in adulti vittime di abuso infantile, sono:

- ansia e attacchi di panico;
- disturbi del sonno;
- disturbi della condotta alimentare;
- irritabilità e aggressività;
- comportamenti sociali inadeguati;
- rabbia cronica;
- agorafobia;
- ipervigilanza;
- depressione e senso di solitudine pervasivi;
- attaccamento morboso alle figure significative;
- bassa autostima;
- problemi interpersonali caratterizzati da relazioni instabili;
- comportamenti autodistruttivi;
- tentativi di suicidio;
- autolesionismo deliberato, automutilazioni, abuso di sostanze tossiche, interruzione di cure vitali.

I problemi sessuali che presentano le donne abusate possono essere:

- difficoltà a raggiungere l'orgasmo;
- inibizioni del desiderio e dell'eccitazione;
- presenza di sentimenti di avversione verso il sesso;
- paura dell'intimità;
- frigidity sessuale;
- insuccesso nello stabilire relazioni affettive e sessuali durature;
- tendenza alla promiscuità sessuale e alla prostituzione;
- desideri sessuali compulsivo;
- dolore pelvico cronico e dispareunia.

Per quanto riguarda gli uomini si possono riscontrare:

- difficoltà erettive (problemi di raggiungimento e mantenimento dell'erezione)
- eiaculazione ritardata primaria e secondaria;
- identità sessuale fragile e instabile;
- omofobia;

- immagine corporea distorta e negativa.

Le femmine tendono a sviluppare più dei maschi tratti di personalità borderline (impulsività, fallimenti nel ruolo sociale, intolleranza alla frustrazione, stati depressivi).

I maschi sviluppano maggiormente disordini della personalità di tipo antisociale.

Problemi di sviluppo e di personalità multipla sono spesso condivisi da maschi e femmine, i sintomi si manifestano con: cambiamenti di personalità alternati, amnesia di eventi recenti, cambiamenti marcati nelle abilità cognitive, stati di trance, depressione, allucinazioni, comportamenti falsi e bugiardi.

Frequentemente riscontrato nelle vittime di abuso il disturbo post-traumatico da stress, i cui sintomi sono stati classificati in tre categorie generali: la riproduzione dell'evento traumatico, il rifiuto generale e persistente di tutti gli stimoli associati al trauma e l'aumento del livello di arousal.

L'evento traumatico viene rivissuto attraverso ricordi ricorrenti e intrusivi dell'evento che comprendono immagini, pensieri e percezioni, agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando. Il soggetto cerca di evitare persistentemente gli stimoli associati al trauma, cerca di evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate al trauma; spesso è incapace di ricordare qualche aspetto essenziale del trauma, ha una riduzione marcata dell'interesse e della partecipazione ad attività significative con sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri, con notevole diminuzione dell'affettività e delle prospettive future.

L'aumento del livello di arousal comporta alcuni sintomi come difficoltà del sonno, irritabilità, difficoltà di concentrazione, ipervigilanza e una risposta di allarme esagerata.

Nel DSM-IV si parla di due livelli di intensità del disturbo post-traumatico da stress:

- acuto: se la durata dei sintomi è inferiore a tre mesi;
- cronico: se la durata dei sintomi è di tre mesi o più.

Il primo è causato da un solo episodio di abuso, mentre il secondo è il risultato di esperienze traumatiche multiple e ripetute e causerebbe, quindi, effetti patologici peggiori.

I soggetti affetti dal primo tipo di disturbo presentano memorie dettagliate del trauma, mentre le persone sottoposte ad abusi sessuali ripetuti sviluppano rifiuto, paralisi psichica, rabbia e problemi di personalità.

Tutti i pazienti affetti da disturbo post-traumatico da stress presentano, comunque, sintomi generali quali: visioni o allucinazioni, paura pervasiva e diffusa e mancanza di progettazione per il futuro.

## **ASCOLTO DEL MINORE**

Per verificare ed attestare che un minore abbia subito un abuso sessuale occorre un'indagine multi-disciplinare che comprenda un'analisi psico-fisica e relazionale della presunta vittima. L'anamnesi sarà costituita da uno o più colloqui con il minore e con gli adulti che lo accompagnano, una visita medica che comprenda un esame fisico generale e un esame obiettivo locale (con particolare attenzione alle regioni perigenitale, genitale e anale) ed accertamenti di laboratorio.

Uno dei problemi principali in questi casi è verificare l'attendibilità testimoniale di un soggetto che, per l'età o per la traumaticità dell'evento subito, deve essere ancora di più tutelato in sede di accertamento giudiziario.

L'attendibilità viene accertata secondo due indicatori: l'accuratezza nella ricostruzione dei fatti da parte del minore che si esplica attraverso la valutazione di competenze di percezione, memoria, coerenza o incoerenza senza prescindere da variabili di contesto e di età del soggetto.

Il secondo indicatore è la credibilità, ovvero l'individuazione di possibili fonti di errore, o di non verità intenzionali o non consapevoli messe in atto dal minore. Con questo scopo vengono esaminati gli aspetti linguistici della testimonianza fornita dal minore, l'uso del lessico e il proprio punto di vista; si valuta se gli affetti sono coerenti rispetto alle affermazioni, se riesce a differenziare la realtà dalla fantasia, se utilizza molti dettagli e se nei giochi c'è esagerazione o rifiuto delle tematiche sessuali.

Nella fase della diagnosi è comunque auspicabile che la vittima venga sentita il minor numero di volte possibile, per evitare gli effetti della vittimizzazione secondaria; inoltre - secondo i principi della psicologia della testimonianza - maggiore è il numero delle persone che fanno domande alla vittima maggiori sono le probabilità che le informazioni e i ricordi vengano elaborati e alterati; la rappresentazione dell'evento, infatti, è facilmente modificabile sulla base delle varie e successive narrazioni che il bambino produce in relazione al tipo di domande che gli vengono poste.

Le emozioni negative, il vissuto stressante e le aspettative sociali possono influenzare la lucidità e i ricordi della vittima; il prolungarsi del processo può anch'esso provocare una distorsione dei ricordi e la contaminazione tra i vari accertamenti.

L'audizione protetta del minore rappresenta una innovativa prospettiva metodologica per l'ascolto, prevista da specifiche disposizioni di legge (art. 392, comma I bis, c.p.p.; legge 15 febbraio 1996, n. 66, *Norme contro la violenza sessuale*), che cerca di porre limiti alla molteplicità di accertamenti e di interrogatori giudiziari (che hanno come conseguenza la vittimizzazione istituzionale secondaria del minore) e che prevede l'assunzione della prova testimoniale in condizioni particolari per i minori di sedici anni.

È stata introdotta la possibilità per il P.M. o per chi esegue le indagini, di assumere la testimonianza del minore stesso in un luogo diverso dal tribunale.

La struttura specializzata per l'audizione protetta deve essere provvista di un locale munito di specchio unidirezionale, impianto di videoregistrazione e citofono interno.

In una stanza si svolgerà l'incontro tra l'esperto e il minore mentre le parti del processo (il giudice, il pubblico ministero, gli avvocati e l'imputato che ne abbia fatto richiesta) si troveranno in una stanza adiacente e potranno intervenire in tempo reale, comunicando le domande, attraverso il citofono, all'esperto che provvederà a tradurle al minore in un linguaggio comprensibile e adeguato alla sua età e alle sue condizioni cognitive.

La registrazione audiovisiva permette un'osservazione accurata degli aspetti che possono sfuggire sia alla verbalizzazione tradizionale che all'audioregistrazione, come gli aspetti della comunicazione non verbale. Il materiale registrato permette, inoltre, di evitare la ripetizione di situazioni di ascolto comunque stressogene per la vittima.

Il bambino deve essere sempre informato dello scopo della videoregistrazione; è necessario prevedere una fase preliminare di conoscenza e di accoglienza, prima dell'audizione vera e propria, in cui il minore viene informato sul perché si trova in quel contesto, sulle modalità dell'audizione e sui suoi scopi. È necessario fornirgli una percezione sufficientemente chiara e sicura dell'esperienza e del contesto, prospettandogli la possibilità di essere accompagnato nel *setting* di ascolto da una persona per lui rassicurante.

L'atteggiamento dell'esperto deve favorire la creazione di un contesto rassicurante, garantendo un ascolto efficace, empatico, rispettoso dei tempi di elaborazione del trauma, adottando un atteggiamento di disponibilità, di incoraggiamento e di valorizzazione del minore.

Le linee guida per l'audizione protetta del minore vittima di abuso sono state individuate in vari protocolli di intervista, quali:

- Intervista cognitiva;
- *Step-wise Interview*;
- *Statement Validità analysis*.

Tra gli strumenti ausiliari per l'esperto ricordiamo alcuni test grafici come il Test del disegno della figura umana, il Test del disegno della famiglia, il Test del disegno dell'albero.

Possono essere utili anche i test proiettivi quali i Children's Apperception Test (CAT) e il Metodo delle favole della Düss.

## **STRATEGIE TERAPEUTICHE**

Nei casi di abuso sessuale a danno di minori è necessario un lavoro di coordinamento tra l'intervento penale, quello civile, il lavoro dei servizi sociali e l'intervento terapeutico.

Gli elementi che devono essere presi in considerazione nella fase preliminare del trattamento sono in primo luogo la sicurezza e la protezione del bambino, l'età del bambino, la sua capacità di comprendere il linguaggio e di distinguere tra fantasia e realtà, le circostanze dell'abuso, intra o extrafamiliare.

Le finalità del trattamento consistono nel riuscire a modificare i fattori disfunzionali individuali, familiari e sociali associati con l'abuso; riuscire ad elaborare la paura e il dolore dovuti all'abuso, aiutare il minore e la sua famiglia ad impedire che l'abuso si vernichi nuovamente.

La psicoterapia in questi casi deve essere altamente personalizzata, il lavoro terapeutico deve comunque essere preceduto da un'attenta valutazione delle capacità dell'Io del paziente, in quanto alcuni pazienti possono essere sopraffatti dalla ricostruzione dell'episodio di abuso e reagire con un peggioramento clinico.

L'obiettivo del terapeuta è quello di arrestare qualunque peggioramento futuro e di sostenere le aree di funzionamento dell'Io per ristabilire l'integrità del paziente come persona.

Le finalità del lavoro terapeutico devono volgere al riconoscimento della realtà dei fatti e permettere alla vittima di ritrovare il corso della sua evoluzione psichica.

Il *setting* terapeutico si pone come spazio in grado di ristrutturare e di garantire contenimento. Il terapeuta può funzionare come modello di riferimento per i genitori, per facilitare il contatto e un adeguato rapporto genitori-figli.

L'intervento terapeutico deve favorire una corretta elaborazione dei ricordi legati all'abuso, lavorando sulle emozioni della vittima per evitare che quest'ultima identifichi la violenza subita con l'atto sessuale, compromettendo la futura vita affettiva e sessuale.

È importante affrontare il vissuto negativo legato al ruolo di vittima: il bambino può rinforzare la convinzione di essere stato vittima di una sofferenza eroica, portando il proprio narcisismo fino all'estremo patologico.

Per la riparazione del trauma è necessario che il terapeuta lavori sulle risorse personali, familiari e sociali che sono a disposizione della vittima, conservando e valorizzando le potenzialità e i rapporti positivi, per creare interazioni comunicative efficaci ed empatiche, di vicinanza, di solidarietà e di fiducia tra la vittima e il suo contesto socio-affettivo allargato.

Una terapia che coinvolga l'intero sistema familiare è fondamentale nel momento in cui la famiglia si ritrova e si ricompone: per esempio dopo il ritorno dell'abusante, così che tutti i membri vengono motivati a prevenire eventuali ricadute e lavorino per il superamento dei modelli relazionali disfunzionali sperimentando anche nuove strategie di *problem solving*.

La comunicazione tra la vittima e l'autore di reato come forma di trattamento può essere efficace ma anche rischiosa in quanto potrebbe causare una rivittimizzazione se il minore non è pronto a confrontarsi con l'autore dell'abuso. Comunicare con l'autore dovrebbe essere una scelta della vittima la quale dovrà avere la facoltà di decidere, in ogni momento, di interrompere la comunicazione.

La comunicazione tra vittima e autore può essere classificata secondo diversi livelli di intensità (diretta o indiretta) e per la natura della comunicazione (personale o impersonale). La comunicazione diretta implica il contatto faccia a faccia tra i due, in presenza del terapeuta. La comunicazione indiretta può aver luogo tramite lettera, videoregistrazione o telefono. La comunicazione personale implica che i due comunichino direttamente tra loro, quella impersonale può avvenire tra una vittima e un autore che non si conoscono.

Quando l'autore comunica alla vittima la sua ammissione dell'abuso commesso, la vittima si confronta con la realtà dell'abuso e non cerca di negarlo o rimuoverlo, inoltre può elaborare il suo senso di colpa e migliorare la sua autostima. La rabbia per il trauma subito può essere espressa direttamente all'autore, così che la vittima possa recuperare un senso di potere, di autocontrollo e di forza sugli eventi della propria vita.

Un'altra tecnica efficace per i casi di abuso infantile è la terapia del gioco.

L'attività ludica consente un accesso diretto al mondo infantile; è molto utile con i bambini che, in età prescolare, non usano ancora la verbalizzazione per comunicare le loro emozioni e i loro vissuti interiori.

Le bambole, i giochi, le storie e i disegni possono essere utilizzati per aiutare il bambino a parlare della vittimizzazione sessuale e del suo impatto. Il gioco rappresenta anche il canale tramite il quale il terapeuta può comunicare al bambino soluzioni alternative ai conflitti.

Lo psicodramma è una tecnica della psicoterapia di gruppo che utilizza la recitazione. L'azione recitata permette di rivivere simbolicamente una scena reale o immaginaria, produce una presa di coscienza e può condurre alla catarsi psicodrammatica che consente alla vittima di rivivere gli eventi traumatici, permettendo di trovare soluzioni alternative da applicare in futuro per ristrutturare il proprio comportamento e i vissuti conseguenti al trauma; ma è anche integrativa in quanto permette l'identificazione con gli altri personaggi, con altri punti di vista e quindi con i problemi altrui.

L'inversione di ruoli tra bambini-attori permetterà di sperimentare ruoli e funzioni diverse, consentendo alla vittima di avvicinarsi ai sistemi motivazionali tipici dell'autore di abuso e di uscire dalla passività in cui si trova.

Il vedersi in azione permette di riflettere su di sé e sui propri vissuti, ma anche di sperimentare il cambiamento attraverso la recitazione e la messa in atto di nuovi comportamenti.

L'utilizzo della letteratura per bambini in cui il personaggio principale della storia ha subito abusi è una tecnica utilizzata come forma di trattamento in setting individuali o di gruppo.

Un bambino legge un libro, ascolta una storia letta dal terapeuta o ascolta una storia audio-registrata. La vittima riceve il messaggio che anche altri bambini hanno subito l'abuso sessuale e hanno superato il trauma in diversi modi.

Possono essere associate altre attività come la rappresentazione grafica, lo scrivere una lettera al personaggio principale o la messa in scena della storia con le marionette dando la possibilità al bambino di sperimentare ulteriori opportunità e soluzioni diverse per esplorare la vittimizzazione e il suo impatto. Il bambino può sviluppare nuove forme di gestione dello stress, apprendere nuove strategie di *coping* e migliorare la propria efficacia e autostima.

Il trattamento secondo l'approccio strategico e di tipo relazionale-familiare. La famiglia è considerata come un gruppo di auto-aiuto, viene coinvolta nella terapia perché aiuti il terapeuta ad individuare e risolvere i problemi del minore vittima.

Il percorso terapeutico proposto da Cloè Madanes prevede una serie di passi:

- 1) Far emergere il problema dell'abuso. Il terapeuta riunisce tutta la famiglia e chiede ai genitori di descrivere cosa sia esattamente accaduto mostrando empatia e comprensione per la situazione e i vissuti espressi da ogni membro della famiglia. Il terapeuta sottolinea che il paziente e la famiglia dovrebbero parlare rispettando le sue regole, ma dato che i soggetti potrebbero essere reticenti circa l'abuso, deve far rientrare nelle sue direttive questa reticenza, suggerendo al paziente di tacere qualcosa. L'abuso sessuale e l'incesto si nutrono, infatti, di segreti, suggerendo al paziente di non parlare l'atto del tacere perde la sua funzione, non fornendo più al soggetto il controllo sulla situazione.
- 2) Il terapeuta chiede a ogni membro della famiglia perché l'abuso è sbagliato, iniziando dall'autore stesso. Si ottiene così un'assunzione di responsabilità da parte dell'autore ma anche di tutti gli altri membri della famiglia che non hanno protetto il bambino.
- 3) Il terapeuta aggiunge alle ragioni precedentemente esposte dalla famiglia un'importante ragione per cui l'abuso non debba verificarsi: perché è un comportamento violento che causa alla vittima un dolore profondo.
- 4) Il terapeuta si focalizza sul dolore dell'abusante ed esprime sentimenti di empatia per il suo dolore.
- 5) Spontaneamente possono emergere altri episodi di abuso subiti da altre persone del nucleo familiare.
- 6) Il terapeuta afferma che l'abuso ha causato problemi non solo alla vittima e all'autore ma ad ogni membro della famiglia.
- 7) Il terapeuta chiede all'autore del reato di scusarsi con gli altri membri per ciò che ha fatto. L'obiettivo non deve essere solo l'esplicitazione delle scuse ma una vera assunzione di responsabilità. Se l'autore si rifiuta la terapia non può andare oltre. Si può ripetere la manovra finché tutti i membri non avvertono come reale il pentimento dell'autore.
- 8) Il terapeuta chiede agli altri membri di esprimere le loro scuse alla vittima per non averla protetta. Si stabilisce davanti all'intera famiglia che il minore è una vittima che non si deve scusare, che nessuno è interessato alla sua partecipazione nell'evento di abuso e che, se vuole, non deve necessariamente perdonare.
- 9) Il terapeuta discute con i genitori su quali sarebbero le conseguenze se l'abuso dovesse ripetersi di nuovo. L'obiettivo è quello di stabilire un "patto di non aggressione" tra i membri della famiglia anche per evitare ogni forma di autolesionismo; lo scopo è la prevenzione delle ricadute e delle recidive.
- 10) Il terapeuta incontra la vittima da sola e la incoraggia a parlare dell'abuso e dei suoi vissuti esprimendo empatia per il suo dolore ma sottolineando, allo stesso tempo, che l'abuso rappresenta solo una parentesi nella sua vita e che nello stesso periodo in cui avveniva l'abuso vi erano sicuramente tante altre cose che avvenivano e che alcune di queste erano sicuramente positive, proponendo un riorientamento in positivo.
- 11) Il terapeuta organizza la rete familiare in modo da difendere i diritti di chi non si può difendere; dovrebbe, se necessario, cercare un protettore della vittima. È sbagliato pensare alla madre che risulta troppo invischiata e non può proteggere adeguatamente la vittima.
- 12) Il clinico chiede ai genitori di pensare ad un atto di riparazione che l'autore potrebbe fare, ovviamente si tratta di un atto simbolico perché nulla può compensare il trauma subito.
- 13) Il terapeuta discute il comportamento dell'autore per indirizzarlo verso una vita normale.
- 14) È finalizzato al miglioramento delle relazioni e all'espressione delle emozioni positive.
- 15) Elaborazione della posizione dell'abusante come protettore nei confronti della famiglia e nella facilitazione di una relazione di protezione nei confronti dei più deboli.
- 16) Il terapeuta aiuta l'abusante a perdonarsi.

Nel caso in cui l'abusante è il padre della vittima, è opportuno aggiungere ai suddetti passi una terapia della coppia genitoriale, con l'obiettivo di discutere e cercare soluzioni ai problemi interpersonali, sessuali e relazionali spesso presenti in queste famiglie.

Altre strategie terapeutiche delle condotte pedofile comprendono:

- metodi fisiologici come la castrazione chirurgica;
- interventi farmacologici che agiscono sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrene;
- il condizionamento classico che consiste nella presentazione simultanea di uno stimolo che provoca una risposta fisiologica (immagini sessuali di ragazzi immaturi) insieme ad un altro che non produce effetti (immagini di persone mature nude). In questo modo si cerca di condizionare l'eccitazione sessuale per promuovere interessi sessuali appropriati;
- la terapia avversativa: una scossa elettrica al braccio o un forte odore di ammoniaca vengono associati a immagini o ad atti sessuali aberranti;
- terapia della saziazione: fantasticare atti devianti in modo ripetuto e in assenza di desideri sessuale dovrebbero ridurre l'attrattiva di tali pensieri; il soggetto è invitato a masturbarsi fino al punto della sazietà fisica e oltre, continuando la masturbazione ben oltre il tempo in cui essa provoca piacere;
- sensibilizzazione mascherata: il pedofilo deve immaginare la catena di eventi che conducono alla molestia del bambino e associare a questi le potenziali conseguenze (perdere la famiglia, essere arrestati ecc.);
- ricondizionamento orgasmico: al soggetto viene consentito di usare le sue fantasie devianti per iniziare la masturbazione; tali fantasie vengono mantenute fino al momento immediatamente precedente l'eiaculazione; a questo punto deve spostarsi su una fantasia appropriata; il paziente dovrà estendere la fantasia appropriata sempre più indietro nella sequenza fino a che non serva da stimolo iniziale.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- ❖ Irene Petruccelli: *L'abuso sessuale infantile*, Carrocci Editore.
- ❖ Lucio Bonafiglia: *Pedofilia Perché?*, Edizioni Carlo Amore.
- ❖ Carlo Serra: *Proposte di criminologia applicata 2003*, Giuffrè Editore.
- ❖ Massimo Picozzi, Antonio Zappalà: *Criminal Profiling*, McGrae-Hill Editore.
- ❖ R.B. White, R.M.Gilliland: *I meccanismi di difesa*, Casa Editrice Astrolabio.

- ❖ Massimo Ammaniti: *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Raffaello Cortina Editore.
  
- ❖ Aldo Carotenuto: *Il fondamento della personalità*, Studi Bompiani.
  
- ❖ AA. VV: *Lo Psicologo \_ Quaestiones* (Aggiornamenti di Psicologia Giuridica), numero speciale, vol. III/ n. 1- 1993, Edizioni Kappa.
  
- ❖ Eugenio Lo Gullo: *L'Amare & L'amore*, Edizioni Kappa.