

© Copyright 2014 by Maggioli S.p.A.

Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001: 2008

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622595
www.maggioli.it/servizioclienti
e-mail: clienti.editore@maggioli.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione
e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Gli Autori e l'Editore declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o
inesattezze relative alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale
modifica e/o variazione della modulistica allegata.

Gli Autori pur garantendo la massima affidabilità dell'opera,
non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e delle notizie ivi contenute.
L'Editore non risponde di eventuali danni causati
da involontari refusi o errori di stampa.

Finito di stampare nel mese di settembre 2014
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna

Indice

<i>Prefazione</i> , di Eugenio Facciolla.....	Pag. 11
<i>Introduzione</i> , di Maria Sabina Lembo.....	» 15

PARTE I

CONSIDERAZIONI INTERDISCIPLINARI SUL RUOLO E SULLA FIGURA DELLA VITTIMA SECONDO LE DIVERSE SCIENZE

Capitolo I – La Vittimologia e la Vittimalistica , di <i>Chiara Penna</i>	» 19
1. Le origini della Vittimologia.....	» 19
2. Gli ambiti di ricerca.....	» 21
3. Vittimizzazione secondaria.....	» 23
4. La Vittimalistica	» 25
Capitolo II – Vittimizzazione primaria e secondaria , di <i>Irene Pater- nostro</i>	» 27
1. Introduzione al fenomeno	» 27
2. Processi di vittimizzazione: danno primario e danno secondario	» 29
3. Vittime del crimine: diritti ed esperienze di supporto in Europa.....	» 32
Capitolo III – La persona offesa dal reato: aspetti giuridici e crimi- nologici , di <i>Vincenzo Lusa</i>	» 35
1. Il concetto di vittima in ambito antropico.....	» 35
2. La persona offesa dal reato dal punto di vista criminologico e l'alta valenza che il bene supremo della "vita" assume nell'ottica della Cassazione Civile.....	» 38
3. La persona offesa: sua natura giuridica e le facoltà ed i diritti che la legge le riconosce	» 40
4. L'ampliamento della sfera di protezione attuata dal legislatore nei riguardi della persona offesa alla luce della legge n. 119 del 15 ottobre 2013.....	» 41
Capitolo IV – La tutela della vittima nelle fonti dell'ONU, del Con- siglio d'Europa e dell'Unione Europea. La situazione in Italia , di <i>Maria Sabina Lembo</i>	» 45

- RIESSMAN F., *The "helper therapy" principle*, Social Work, n. 10, 1965, 1965.
- ROGERS C.R., *Client Centered Therapy*, Boston, Houghton, Mifflin, 1951, trad. it. *La terapia centrata sul cliente*, La Nuova Italia, Firenze, 1997).
- ROGERS C.R., *Freedom to Learn: A View of What Education Might Become*, Merril Pub Co, 1979.
- ROSSI L., *Analisi investigativa nella psicologia criminale. Vittimologia: aspetti teorici e casi pratici*, Giuffrè, Milano, 2005.
- SICURELLA S., *Lo studio della vittimologia per capire il ruolo della vittima*, in *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*, vol. VI, n. 3, settembre-dicembre 2012.
- VENTURA C. (a cura di), *Coop Sociale Cerchi d'Acqua O.N.L.U.S. - Libere di scegliere i percorsi di autonomia delle donne per contrastare la violenza di genere*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- VIANO E., *Vittimologia oggi: i principali temi di ricerca e di politica pubblica*, in BALLONI A. - VIANO E. (a cura di), *IV Congresso Mondiale di Vittimologia*.

CAPITOLO XXX

L'approccio strategico con le vittime di abuso sessuale

(Valeria Verrastro - Cristina Colantuono)

SOMMARIO: 1. Definizione di abuso sessuale. - 2. I fattori che determinano l'abuso. - 3. Gli effetti dell'abuso sulle vittime a breve e a lungo termine. - 4. Il disturbo post-traumatico da stress e il modello delle quattro Dinamiche Traumageniche. - 5. Il trattamento della vittima secondo l'approccio strategico.

1. Definizione di abuso sessuale

L'abuso sui minori è un reato che attualmente occupa e preoccupa grandemente la società, sia sul piano della repressione penale, che su quello della prevenzione e della cura. L'articolazione di questi due livelli dà luogo a interventi che hanno a loro volta conseguenze rilevanti sia per la società che per le persone coinvolte, la vita delle quali viene spesso segnata in modo indelebile dagli eventi, dai modi in cui questi sono stati definiti, dalle azioni che sono state intraprese a seguito di abusi.

L'abuso sessuale infantile, solitamente, si inserisce in un quadro di abuso più esteso che comprende altre forme di violenza o di trascuratezza che vanno dalla violenza fisica all'abuso fisico, fino all'abbandono (Petruccioli F. - Parziale M., 1999).

Kempe e Kempe sostengono che l'abuso all'infanzia riguarda «... ogni situazione in cui il bambino è oggetto di violenza, ma dove il rapporto di causa ed effetto non risulta chiaro» (1989) e dove, quindi, un esame accurato dei sintomi presentati dal bambino risulta necessario prima di affermare che egli ha subito abuso.

Tentando di racchiudere un problema complesso e di natura multifattoriale come quello dell'abuso in classi, Kempe e Kempe (1989) propongono una classificazione delle diverse forme di abuso, basandosi sulla raccolta di informazioni circa le descrizioni più ricorrenti derivanti dallo studio dei casi clinici sottoposti alla loro attenzione.

Negli studi sull'abuso all'infanzia, la classificazione di Kempe e Kempe è ancora la più ricorrente ed essenziale. In essa vengono distinte le seguenti forme di abuso: trascuratezza, incuria, maltrattamento e violenza fisica; abuso psicologico e abuso sessuale. La loro classificazione è ripresa dal *Child Protection Register* inglese del 1991, in cui si parla di *Neglect* (trascuratezza grave

o persistente nei confronti del bambino), di *Physical injury* (maltrattamento fisico), di *Sexual abuse* (sfruttamento sessuale di minori), di *Emotional abuse* (persistente maltrattamento emotivo o rifiuto dell'esperienza emotiva del bambino e delle sue espressioni comportamentali) (Di Blasio, 1989).

Tra le forme di abuso, quello sessuale infantile è un tipo di violenza che non richiede necessariamente l'applicazione della forza, in quanto un atto sessuale compiuto nei confronti di un bambino viene comunque considerato un abuso perché non tiene conto dei suoi bisogni e dei suoi desideri. Il coinvolgimento di un minore in attività sessuali non caratterizzate da violenza esplicita configura, infatti, un attacco confusivo e destabilizzante alla sua personalità e al suo percorso evolutivo. L'abuso sessuale infantile comprende una serie di comportamenti che possono apparire anche molto diversi tra loro: la pedofilia, l'incesto, l'abuso intrafamiliare, lo stupro, la violenza carnale, la manipolazione dei genitali, le molestie, il fare fotografie pornografiche ai minori, il turismo sessuale, il sottoporre a soggetti minori materiale pornografico (Petrucci, 2002).

Montecchi (1994) distingue, in primo luogo, tra abusi sessuali intrafamiliari ed extrafamiliari: i primi sarebbero circa il 78% del numero totale di abusi, i secondi il 22%.

Gli abusi sessuali intrafamiliari possono essere ulteriormente suddivisi in:

- 1) abusi sessuali manifesti, a valenza incestuosa, in cui generalmente una figura maschile con funzione paterna abusa di una figlia femmina; più raramente i casi in cui ad essere abusanti sono le madri, i padri nei confronti dei figli maschi, i fratelli maggiori nei confronti delle sorelle;
- 2) abusi sessuali mascherati, consistenti in pratiche genitali inconsuete, quali frequenti lavaggi dei genitali da parte di un genitore, ispezioni genitali ripetute, applicazioni di creme nelle zone intime senza che vi sia una reale necessità. «Attraverso queste attività il padre e/o la madre giustificano e mascherano i vari toccamenti e sfregamenti attraverso cui si procurano un'eccitazione sessuale, fisico o fantastico, sessualizzando l'esperienza corporea che il figlio/a subisce» (Montecchi, 1994, p. 145).
- 3) pseudo-abusi sessuali, consistenti in quelle situazioni in cui un bambino o una bambina sono fatti assistere all'abuso sessuale che un genitore agisce su un fratello o una sorella o alle attività sessuali della coppia genitoriale. Pur non essendoci un'implicazione fisica diretta del minore, questi sono considerati veri e propri abusi sessuali.

Nell'ambito degli abusi sessuali extrafamiliari vengono inserite quelle esperienze simili alle precedenti ma che sono avvenute al di fuori del contesto familiare e che, spesso, non sono mai state comunicate, neanche ai genitori. Sono «forme di abuso frequentemente sommerse e che riemergono nei racconti dei pazienti, oramai adulti, poiché, quando l'abuso si era verificato, i sentimenti di vergogna, imbarazzo, pudore dei genitori avevano prevalso sulla opportunità

non solo di denunciare il fatto all'autorità giudiziaria, ma anche di occuparsi della salute mentale del minore che aveva subito l'abuso» (Montecchi, 1994, p. 146).

Secondo Green (1993) ogni singolo caso di abuso sessuale fa storia a sé in quanto la gravità dell'esperienza vissuta potrebbe dipendere dalla combinazione delle seguenti variabili, che devono essere considerate per un'analisi dettagliata ed una diagnosi appropriata dell'abuso sessuale:

- età e livello di sviluppo del bambino;
- personalità preesistente e capacità di ripresa del bambino;
- inizio, durata e frequenza della molestia;
- grado della coercizione e del trauma fisico;
- intimità della relazione tra il bambino e il perpetratore;
- livello di sostegno della risposta familiare dopo la rivelazione;
- natura della risposta istituzionale alla violenza (es. medica, investigativa, giuridica);
- disponibilità e qualità dell'intervento terapeutico.

2. I fattori che determinano l'abuso

Per comprendere il fenomeno dell'abuso è necessario prendere in considerazione una serie di variabili e fattori che determinano il fenomeno stesso e il conseguente vissuto traumatico della vittima.

Secondo un modello complesso e circolare della comprensione del fenomeno-abuso, devono essere considerati sia i fattori predisponenti che concorrono alla determinazione di tale fenomeno, sia i fattori di mediazione che in qualche modo modificano e alterano la situazione sia i fattori precipitanti che possono aggravarla.

Per riuscire ad avere un quadro completo è importante considerare anche le caratteristiche di personalità e tutti quei fattori collegati con la figura dell'autore dell'abuso.

In primo luogo bisogna considerare i fattori individuali, sia della vittima che dell'autore, come salute fisica, psicologica e mentale. Non si devono trascurare le caratteristiche di personalità della vittima, quali: la percezione delle esperienze infantili e i vissuti ad esse collegati, le pratiche educative, la tolleranza alla frustrazione, le capacità 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 senso ampio; queste possono modificare notevolmente il vissuto di danno e le reazioni al trauma della vittima stessa.

In secondo luogo devono essere esaminati 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, le reti di relazioni familiari, i confini del nucleo familiare, il clima familiare più o meno violento.

Bisogna tener presenti, anche, i fattori sociali: le condizioni socioeconomiche, le reti di sostegno sociali, formali e informali, e le loro caratteristiche, l'integrazione sociale, il tipo di cultura più o meno rigida in cui il fenomeno dell'abuso si è verificato.

Per quanto riguarda i fattori di mediazione facciamo riferimento ai sistemi relazionali e interpersonali che la vittima ha a disposizione per far fronte al trauma subito.

Tra i fattori precipitanti devono essere inclusi gli eventi del ciclo di vita e quindi l'interpretazione e i vissuti collegati a tali eventi, allo stress e ad altre situazioni traumatiche (Petruccelli, 2002).

3. Gli effetti dell'abuso sulla vittima a breve e a lungo termine

In letteratura si afferma con molta enfasi e da più parti che l'abuso sessuale infantile potrebbe rappresentare un grosso fattore patogenetico (Rossi – Palaia, 1997).

Le conseguenze sulle vittime della violenza si possono dividere in tre aree:

- conseguenze psicologiche,
- conseguenze relative allo stile di vita,
- conseguenze sull'organizzazione dei rapporti interpersonali (Petruccelli – Scardaccione, 1998).

Per valutare la qualità e la consistenza degli effetti psicologici sul minore abusato, Hall e Lloyd (1993) suggeriscono di prendere in considerazione alcuni fattori determinanti nell'esperienza di abuso, quali: la durata dell'abuso, il tipo di abuso, il tipo di relazione con l'abusatore (padre, patrigno ...), la presenza dell'uso della forza, il numero degli abusatori e l'età del bambino. A loro parere, questi fattori, infatti, influiscono sia sul tipo e grado di conseguenze immediate sul comportamento che sugli effetti a lungo termine rispetto alla strutturazione della personalità e alla qualità di vita futura.

Per quanto riguarda gli effetti immediati, sulla base di prime ricerche cliniche con minori abusati, che possono costituire una valida guida per ipotizzare la presenza di un abuso (Erickson – McEvoy – Colucci, 1984; Wyatt – Powell, 1988; Kempe – Kempe, 1989), i segni comportamentali ricorrenti risultano i seguenti:

- problemi emozionali come improvvisi cambi di umore, sensi di colpa e di ansia, vergogna, impotenza, passività, pianti improvvisi;
- alterazione delle abitudini alimentari (anoressia, bulimia);
- inadempienza scolastica e assenze scolastiche ingiustificate;
- crolli del rendimento scolastico;
- tentativi di suicidio, fughe da casa, abuso di sostanze stupefacenti e alcol;
- fobie, malesseri psicosomatici, atteggiamenti isterici;

- disturbi del sonno;
- paura degli adulti o atteggiamento seduttivo, spesso sessualizzato, nei loro confronti;
- incapacità di stabilire relazioni positive con i compagni, isolamento sociale;
- atteggiamenti ribelli, provocatori;
- enuresi;
- depressione, malinconia, angoscia, incubi, ossessioni;
- autolesionismo;
- masturbazione;
- confidenze relative all'aver subito *avances* o abusi sessuali;
- disegni o atti che suggeriscono la conoscenza di esperienze sessuali inappropriate all'età (in particolare in bambini piccoli);
- rifiuto delle visite mediche di *screening* o di spogliarsi per la partecipazione ad attività sportive;
- negli adolescenti: promiscuità sessuale, prostituzione, gravidanze precoci.

Gli effetti a lungo termine che seguono la fase della reazione acuta differiscono, come abbiamo già detto precedentemente, nella sintomatologia in ogni bambino.

Gli effetti maggiormente negativi e che provocano gravi disturbi nella vita adulta dipendono dal tipo di abuso subito, dalla sua frequenza e dalla durata (Cross *et al.*, 1994).

4. Il disturbo post-traumatico da stress e il modello delle quattro Dinamiche Traumageniche

L'abuso sessuale nell'infanzia viene considerato causa determinante di psicopatologia nell'ambito di due modelli interpretativi principali per la classificazione sintomatologica: il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) e il modello delle quattro Dinamiche Traumageniche.

Il primo modello (PTSD) considera l'abuso sessuale come un trauma e i sintomi manifestati come disturbi post-traumatici, cioè reazioni difensive che il soggetto attua per poter sopravvivere al trauma stesso. La sindrome post-traumatica si verifica, infatti, quando la persona ha vissuto un'esperienza in cui ha sentito minacciata la propria vita o il proprio benessere fisico; quando nel presente tende a rivivere (sogni, racconti, fantasie) e a riprodurre l'evento vissuto; quando evita stimoli che le ricordano l'esperienza traumatica o quando sperimenta un generale senso di intorpidimento emozionale e quando presenta i sintomi tipici di uno stato di allerta generalizzato. Tali caratteristiche si ritrovano anche nei bambini abusati sessualmente (Browne – Finkelhor, 1986).

Il modello delle Quattro Dinamiche Traumageniche (Browne – Finkelhor, 1986; Green, 1993; Di Blasio, 1996) si riferisce specificamente all'abuso

sessuale e ai suoi effetti riguardo quattro aree centrali della personalità: la sessualità, la fiducia nella propria capacità di sviluppare relazioni personali, l'autostima e la fiducia nella propria capacità di affrontare il mondo.

Tale modello appare adatto ad una concettualizzazione e classificazione dei sintomi dell'abuso sessuale in quanto *«implica una visione del trauma da abuso sessuale non come una semplice conseguenza dell'abuso ma come conseguenza sia del processo che precede che di quello che segue l'abuso stesso. Le quattro dinamiche sono infatti viste come collegate non solo all'abuso stesso ma anche all'adattamento del bambino prima dell'abuso ed all'effetto che le reazioni degli altri, dopo la scoperta dell'abuso, hanno sul bambino»* (Scoliere, 1992, p. 77).

5. Il trattamento della vittima secondo l'approccio strategico

La psicoterapia strategica deriva e si struttura partendo dagli studi sulla comunicazione attuati dal gruppo di Palo Alto e dal lavoro clinico e di studio del fenomeno ipnotico operato da Milton H. Erickson.

È definibile come un metodo per la soluzione dei problemi umani, che persegue il raggiungimento degli obiettivi attraverso l'attuazione di strategie predeterminate (Mantione *et al.*, 1992; Gulotta, 1997; de Shazer *et al.*, 1998; Petruccioli, Parziale, 1999).

Non è rivolta all'analisi del "profondo" o alla ricerca di verità nascoste, ma si concentra sul come funziona e sul come si può cambiare la situazione di disagio di un soggetto, di una coppia o di una famiglia. Il passaggio è dai contenuti ai processi, un sapere come fare piuttosto che un sapere perché (Nardone, Watzlawick, 1990).

Erickson (1980), attento soprattutto all'utilizzazione delle risorse esistenti nel paziente, pone come obiettivo del processo terapeutico il cambiamento, inteso come ristrutturazione dell'esperienza, del comportamento e delle finalità del soggetto stesso.

Emerge, quale elemento innovativo dell'approccio ericksoniano, l'importanza cruciale del cambiamento basato sul soggetto, in cui il terapeuta si limita a strutturare una comunicazione che gli consenta di ottenere la massima collaborazione da parte del paziente (Nardone, Watzlawick, 1990).

L'obiettivo di questo approccio è quello di analizzare le tentate soluzioni che il paziente ha messo in atto fino a quel momento per far fronte al problema. Quindi, l'approccio strategico parte dal presupposto che ognuno di noi ha difficoltà a modificare e a cambiare le proprie cognizioni, i propri atteggiamenti e i propri *pattern* comportamentali anche qualora questi si verificano inadeguati.

L'attenzione è focalizzata anche su come le altre persone significative contribuiscono nella perpetuazione del circolo vizioso del paziente.

Il terapeuta, nella terapia strategica, deve stabilire insieme al paziente degli obiettivi concreti, piccoli e ragionevoli. Per far questo è indispensabile procedere per passi e produrre man mano solo piccoli cambiamenti. Produrre un piccolo cambiamento sia in una persona che in una famiglia può portare a differenze profonde nel comportamento di tutte le persone coinvolte.

Il lavoro terapeutico consiste proprio nell'interruzione della persistenza della realtà disfunzionale. Il clinico strategico non andrà a ricercare le cause nel passato dal momento che su questo non c'è molto spazio di intervento, mentre le strategie messe in atto dal soggetto possono essere considerate, analizzate e modificate.

Lo strumento principale per provocare un cambiamento è proprio la tecnica di provocare nel paziente delle esperienze percettive concrete diverse e alternative da quelle esperite fino ad ora, con lo scopo di far provare qualcosa di nuovo, provocando nella persona esperienze emotive e nuove ristrutturazioni cognitive conseguenti in modo tale che il cambiamento possa avvenire a livello cognitivo, emotivo e comportamentale (Nardone, 1998).

Tra le tecniche maggiormente utilizzate dai terapeuti strategici ci sono: la tecnica del *come se*, le prescrizioni, le strategie suggestive, la tecnica ipnotica, la tecnica della peggiore fantasia, le fantasie guidate, ecc.

Secondo l'approccio strategico, il trattamento maggiormente utilizzato con la vittima di abuso infantile è di tipo relazionale-familiare.

La famiglia viene considerata come una sorta di gruppo di auto-aiuto; viene coinvolta nella terapia come sistema perché aiuti il terapeuta ad individuare e a risolvere i problemi del minore-vittima (Madanes, 1998).

Il contesto fondamentale nei casi di abuso sessuale infantile in cui per lo più si manifesta il problema è proprio quello delle relazioni con gli altri significativi: se queste relazioni cambiano, la persona ha qualche speranza in più per riuscire a cambiare.

Cioè Madanes (1990), riferendosi alla famiglia come sistema di auto-aiuto e alle potenzialità e alle risorse disponibili nella rete familiare, ha sviluppato un programma di terapia articolato in sedici fasi, applicabili ai casi di abuso sessuale.

La prima fase ha luogo quando emerge il problema e ci si informa sull'abuso: il terapeuta riunisce l'intera famiglia e incomincia a chiedere ai genitori di descrivere che cosa sia esattamente accaduto; chiede ad ogni membro della famiglia - anche all'autore dell'abuso - di dire quello che sa circa l'accaduto.

Il terapeuta ha il compito di ascoltare, mostrare empatia e comprensione per la situazione e per i vissuti espressi da ogni membro della famiglia, il che non è sempre facile poiché le persone arrivano con visioni contrastanti del problema (Madanes, 1998).

Il terapeuta sottolinea che il paziente e la famiglia dovrebbero parlare seguendo le sue direttive ma, in considerazione del fatto che i soggetti po-

trebbero essere reticenti circa l'abuso sessuale, il terapeuta deve far rientrare nelle sue direttive questa reticenza, suggerendo al paziente di tacere qualcosa. In questo modo, l'atto di tacere perde la sua funzione, non fornendo più al soggetto un certo grado di controllo nella relazione (Haley, 1963, 1985; Petruccelli - Parziale, 1999).

Una tecnica che il terapeuta strategico dovrebbe utilizzare, in questa prima fase, è la tecnica del paradosso in cui vengono impiegati azioni e comunicazioni paradossali illogiche ed improvvise che producono il salto del livello logico indispensabile al cambiamento, modificando una rigida e compulsiva situazione percettivo-reattiva (Nardone, Watzlawick, 1990; Nardone, 1991).

La seconda fase della terapia consiste nel riformulare il problema presentato in previsione di un possibile cambiamento.

Il terapeuta deve avere un atteggiamento di tipo ottimista e fiducioso, e deve mostrare che l'abuso sessuale sia affrontabile e risolvibile entro la rete familiare. In questa fase il terapeuta semina i concetti, nel senso che pone le fondamenta per determinati concetti su cui potrà lavorare in qualunque momento lo riterrà opportuno (Haley, 1973; Petruccelli - Parziale, 1999).

Nella terza fase, il terapeuta aggiunge un'importante ragione: l'abuso è un comportamento violento perché causa alla vittima un dolore profondo.

Nella quarta fase il terapeuta si focalizza sul dolore dell'abusante ed esprime sentimenti di empatia per il suo dolore.

Nella quinta fase spontaneamente possono emergere altri elementi di abuso subiti da altre persone, oltre alla vittima, nel nucleo familiare. Solitamente si può trattare di fatti incestuosi che si ripetono da molte generazioni. Il terapeuta mostra empatia per tutti questi elementi di abuso.

Nella sesta fase, il terapeuta afferma che l'abuso ha causato danni non solo alla vittima e all'autore, ma anche agli altri membri della famiglia.

Nella settima fase il terapeuta chiede all'autore del reato di scusarsi con gli altri per ciò che ha fatto di sbagliato. L'obiettivo di questa manovra non è solo legato alle scuse, ma rappresenta un'assunzione di responsabilità realmente sentita. Il pentimento è molto importante per il percorso del cambiamento. Se l'autore si rifiuta, la terapia non può continuare oltre.

Nell'ottava fase il terapeuta chiede anche agli altri familiari di scusarsi con la vittima per non averla protetta. Il pentimento è terapeutico per la vittima e per l'autore dell'abuso: stabilisce pubblicamente, di fronte all'intera famiglia, che il minore è una vittima che non si deve scusare, che nessuno è interessato alla sua partecipazione nell'evento abuso e che, se vuole, non deve necessariamente perdonare. La vittima può lenire il suo senso di colpa e non deve più pensare a sé solo come vittima.

Nella nona fase il terapeuta discute con i genitori quali sarebbero le conseguenze se l'abuso dovesse accadere nuovamente, predicendo in questo modo un'eventuale ricaduta. L'obiettivo che il clinico si pone è un *patto di*

non aggressione tra i membri della famiglia, che include anche l'evitare ogni forma di autolesionismo; lo scopo vuole essere la prevenzione delle ricadute e del recidivismo. Il terapeuta deve assumere una posizione chiara in modo che una violazione del patto rappresenterebbe un tradimento non solo dei familiari, ma anche del terapeuta stesso.

Nella decima fase il terapeuta incontra la vittima da sola e la incoraggia a parlare dell'abuso, dei suoi vissuti. Il terapeuta esprime empatia nei confronti dei suoi sentimenti espressi ed aggiunge che, sebbene si tratti di un'esperienza orribile, l'abuso rappresenta, comunque, una parentesi della sua vita. In questo modo si evita di sottolineare gli aspetti negativi e si propone un orientamento in positivo.

Nell'undicesima fase il terapeuta ha l'obiettivo di proteggere i diritti del minore. In alcuni casi, soltanto il terapeuta può organizzare la rete familiare in modo da difendere i diritti di coloro che non possono difendersi da soli e che hanno bisogno di essere protetti. Il terapeuta, se necessario, dovrebbe cercare un protettore per la vittima. È sbagliato pensare alla madre, che risulta invischiata negli stessi meccanismi viziosi e non può proteggere efficacemente la vittima.

La dodicesima fase è caratterizzata dalla riparazione. Il clinico chiede ai genitori di pensare ad un atto di riparazione che l'autore del reato potrebbe fare. Ovviamente la riparazione potrebbe essere un atto simbolico, perché non c'è niente che possa compensare il trauma dell'abuso sessuale subito.

Nella tredicesima fase, il terapeuta discute il comportamento dell'autore per orientarlo verso una vita normale.

La quattordicesima fase è orientata a migliorare le relazioni e l'espressione delle emozioni positive, per favorire l'armonia e l'equilibrio nella vita della famiglia.

La quindicesima fase consiste nell'elaborazione della posizione dell'abusante come protettore nei confronti della famiglia e nella facilitazione di una relazione di protezione nei confronti dei più deboli.

Nella sedicesima fase il terapeuta aiuta l'abusante a perdonarsi.

Nei casi in cui l'autore dell'abuso è il padre della vittima è consigliabile aggiungere ai passi suddetti una terapia della coppia genitoriale, con l'obiettivo di discutere e cercare nuove soluzioni ai problemi interpersonali, sessuali e relazionali spesso presenti in queste famiglie. Inoltre, per evitare ricadute è consigliabile non interrompere la terapia bruscamente ma continuarla con dei *follow up* periodici, per mantenere uno sguardo sulla famiglia e percepire eventuali segnali di difficoltà che potrebbero far pensare ad ulteriori violenze.

Se durante un percorso terapeutico il paziente rivela di aver subito, nell'infanzia, esperienze di abuso, l'obiettivo del terapeuta è costituito dal riportare la sessualità sotto il controllo dell'individuo, che deve necessariamente uscire

dal ruolo passivizzante di vittima e rendere il soggetto consapevole delle ragioni che lo spingono a reclamare la propria sessualità.

Nel *setting* terapeutico è necessario affrontare una serie di passaggi:

- favorire nel tempo la collaborazione e l'identificazione delle paure collegate all'evento di abuso;
- porsi degli obiettivi realistici;
- incentivare la rivendicazione della sessualità per se stessi.

Riguardo al primo passo è importante affrontare le paure in quanto ciò facilita la presa di coscienza di problematiche profonde; guardarle più da vicino e cercare la strada per comprenderle conduce alla focalizzazione di ulteriori tematiche da affrontare e di obiettivi da porsi nel corso del trattamento.

Il secondo passo consiste nell'identificazione di obiettivi realistici, considerando che non sarà mai possibile superare completamente gli effetti dell'abuso sessuale. Gli obiettivi, per essere funzionali al cambiamento, devono essere specifici, concreti e misurabili. Per identificarli è consigliabile suddividere l'obiettivo generale in micro-obiettivi, utili come guide e punti intermedi per il raggiungimento dello scopo finale.

Il terzo passo richiede la premessa fondamentale che ogni ricerca di cambiamento verso il riscatto della propria sessualità viene intrapresa dal soggetto esclusivamente per se stesso e per nessun altro. Le vittime introiettano la convinzione che la loro sessualità può esistere solo per soddisfare il piacere altrui e nel *setting* terapeutico diventa di primaria importanza invertire questa logica che antepone la soddisfazione del partner alla propria, riuscendo a mettere se stessi al primo posto, anche se i desideri e i sentimenti di entrambi devono essere rispettati.

Nel lavoro terapeutico è indispensabile affrontare anche le false credenze e le convinzioni della persona legate ad uno svilito concetto di sé. Una tecnica utilizzata nel *setting* di psicoterapia strategica per affrontare ed elaborare queste false credenze che pregiudicano il percorso di cambiamento consiste in una fantasia guidata: con l'aiuto di alcune tecniche di rilassamento, si invita il paziente ad immaginare di aver di fronte a sé il bambino di allora, vittima di abuso, e di rilassarlo con le seguenti fasi:

- l'abuso non è stato colpa tua;
- tu sei una persona valida e buona;
- tu non sei cattivo;
- le tue reazioni e i tuoi vissuti conseguenti all'abuso sono normali;
- la tua energia sessuale è positiva e distinta dall'abuso;
- tu sei forte;
- tu puoi condividere le tue paure con altri e queste potranno dissolversi;
- tu non sei più solo.

È importante far concentrare il paziente sulla verbalizzazione delle frasi e sulle risposte del bambino vittima ad ogni passaggio; alcune affermazioni

hanno bisogno di essere ripetute più volte per essere comprese nel loro significato profondo. In un secondo momento questo esercizio può essere adattato in modo tale che anche il bambino vittima possa ripetere, nella fantasia guidata, ogni affermazione in prima persona. L'esercizio può essere ripetuto anche davanti allo specchio.

Il paziente deve imparare ad essere assertivo e ad esprimere se stesso. Molte vittime di abuso hanno un cattivo rapporto con il proprio corpo e di conseguenza anche con la propria immagine; questo è un aspetto che non va trascurato nel trattamento, il quale deve incentivare una maggiore confidenza e dimestichezza con il proprio corpo, nel guardarsi allo specchio, nel vestirsi, nel toccarsi, ecc.

Nel lavoro terapeutico è importante affrontarle e identificare le emozioni, le reazioni automatiche, nonché i vissuti collegati all'abuso. In particolare, le reazioni automatiche che possono comparire all'improvviso ed essere difficilmente gestibili dal soggetto richiedono un lavoro specifico per imparare a riconoscerle e ad affrontarle. Diventando consapevole delle proprie reazioni automatiche, la persona può concedersi del tempo utile per calmarsi e per cercare di capire che cosa le ha causate. In un secondo momento si può lavorare sulla possibilità di sviluppare nuove modalità di risposta in situazioni simili.

Nel percorso terapeutico è facile che emergano dei problemi sessuali specifici, che richiedono un lavoro di psicoterapia con l'ausilio di tecniche di rilassamento e di focalizzazione sensoriale, di esercizi per lo sviluppo del tatto e del contatto, di esercizi per la costruzione di una relazione sicura, di tecniche per l'incremento della consapevolezza corporea, di esplorazione dei genitali (da sperimentare prima da soli e poi con il *partner*).

Nei casi di abuso sessuale, l'approccio strategico si rivela particolarmente utile in quanto permette di affrontare il problema in un'ottica di cambiamento, a partire dalla consapevolezza del trauma subito da parte della vittima stessa. Le tecniche previste da questo orientamento aiutano la diade clinico-cliente a focalizzarsi sul superamento dei circoli viziosi e dei fattori di *empasse*, nonché sulla costruzione di alternative cognitivo-comportamentali più utili e costruttive per il paziente, in modo che egli possa affrontare le proprie paure e i rapporti con gli altri (Petrucci, 2002).

Bibliografia

- BANDINI T. – GUALCO B., *Infanzia e abuso sessuale*, Giuffrè, Milano, 2000.
 BRASSARD M. – GERMAIN R. – HART S., *La violenza psicologica contro bambini e adolescenti*, Armando, Roma, 1993.
 BROWNE A. & – FINKELHOR D., *Impatto di abusi sessuali su minori: una revisione della ricerca*, Psychological Bulletin, 99, 66-77, 1986.

- COHEN J. - MANNARINO A.P., *Psychological Symptoms in Sexual Abused Girls, Child Abuse and Neglect*, 12, 4, 1988, pp. 571-577.
- DE CATALDO NEUBURGER L., *La testimonianza del minore*, Cedam, Padova, 2005.
- DE LEO G. - PETRUCCELLI I., *L'abuso sessuale infantile e la pedofilia. L'intervento sulla vittima*, Franco Angeli, Milano, 1999.
- DE SHAZER S. - BERG I.K. - LIPCHICK E. - NUNNALLY E. - MOLNAR A. - GINGERICH W. - WEINER-DAVIS M., *Terapia breve: uno sviluppo focalizzato sulla soluzione*, 1998, in WAZLAWICK P. - NARDONE G., *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano, 1998.
- DI BLASIO P., *Bambini violati: la paura, la vergogna, il silenzio*, in *Psicologia contemporanea*, n. 137, 1996, pp. 28-37.
- ERICKSON E.L. - McEVOY A.W. - COLUCCI N.D., *Child abuse & neglect: A guidebook for educators & community leaders*, Holmes Beach, Learning Publications, 1984.
- GREEN A.H., *Child sexual abuse: immediate and long-term effects and intervention*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1993, 5.
- GULOTTA G., *Lo psicoterapeuta strategico. Metodi ed esempi per risolvere i problemi del paziente. Lezioni raccolte*, a cura di FILIPPO PETRUCCELLI, Franco Angeli, Milano, 1997.
- HALEY J., *Strategies of Psychotherapy*, Grune and Stratton, New York, 1963, tr. it., *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1977.
- HALEY J., *Uncommon Therapy*, Norton, New York, 1973, tr. it. *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976.
- HALEY J., *Conversation with Milton Erickson*, vol. I, *Changing Individuals*, Triangle Press, tr. it., *Cambiare gli individui. Conversazione con Milton Erickson*, vol. I, Astrolabio, Roma, 1987.
- KEMPE R.S. - KEMPE C.H., *Le violenze sul bambino*, Armando, Roma, 1989.
- MADANES C., *Strategic Family Therapy*, Jossey-Bass, San Francisco, 1981, tr. it. *Per una terapia strategica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987.
- MADENAS C., *Sex, Love and Violence. Strategies for Transformation*, Wiley, New York, 1990.
- MADENAS C., *Storie di psicoterapia*, 1990, in WATZLAWICK P. - NARDONE G., *Terapia breve strategica*, Cortina, Milano, 1998.
- MANTIONE M.G. - NINNI L. - ACOCCELLA A.M. - PETRUCCELLI F., *Le psicoterapie brevi*, *Quale Psicologia*, O/1992, pp. 75-104.
- MONTECCHI F., a cura di, *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1984.
- NARDONE G., *Suggestione, ristrutturazione, cambiamento*, Giuffrè, Milano, 1991.
- NARDONE G. - WATZLAWICK P., *L'arte del cambiamento. Manuale di terapia strategica e ipnotica senza trance*, Ponte alle Grazie, Firenze, 1990.

- PAPAZIAN B., *Mauvais traitements psychologiques, abus de pouvoir ou abus de langage*. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 44/1996, pp. 3-4.
- PETRUCCELLI F. - PARZIALE M., *Tecniche d'intervento in psicoterapia strategica*, *Quale Psicologia*, 13/1999.
- PETRUCCELLI I. - SCARDACCIONE G., *Violenza sessuale e valutazione del danno psicologico*, in *Sessualità e terzo millennio. Verso nuovi comportamenti sessuali*, II, Franco Angeli, Milano 1998, pp. 457-476.
- PETRUCCELLI I., *L'abuso sessuale infantile. L'intervento con i bambini*, Carocci, Roma, 2002.
- REDER P. - LUCEY C., *Cure genitoriali e rischio di abuso. Guida per la valutazione*, Erickson, Trento, 1997.
- ROHNER R.P. - ROHNER E., *Antecedents and consequences of parental rejection: A theory of emotional abuse*. *Child Abuse and Neglect*, 4/1980, pp. 189-198.
- SCOLIERE M., *L'abuso sessuale: una rassegna di ricerca recente*, *Rivista*, 1992/2.
- WACHS M., *Consumer attitudes towards transit service: An interpretive review*. *Journal of American Planning Association*, vol. 42, n. 1, 1976, pp. 96-104.