

Estratto da una perizia del CTU in un caso di falsi abusi

Il problema dell'abuso sessuale - Stereotipi e pregiudizi

Il forte aumento nel numero di denunce di abuso sessuale nei confronti di minori **e la constatazione, sottolineata dalla letteratura specializzata, dell'alta percentuale (oltre il 50%) di casi in cui tali denunce si sono rivelate infondate**, ha da un lato, giustamente preoccupato il contesto giudiziario e dall'altro, stimolato un aumento di interesse degli psicologi nella ricerca di criteri di valutazione e di giudizio atti a **ridurre le possibilità di errori** di valutazione circa la veridicità o meno di un'accusa.

Uno degli aspetti più preoccupanti di questa situazione (che trova conferme proprio nelle indagini sulle violenze sessuali ai minori) **è che le storie non vere inventate dai bambini traggono in inganno anche i medici e gli psicologi**.

Vi sono infine gli errori professionali certamente gravi laddove l'opinione dell'esperto non è sostenuta da altre forme di conferme o di prove. Si verificano quando i bambini vengono sottoposti a domande suggestive o "guidate" che possono indurlo a confermare ciò che l'esperto si aspetta di ottenere (Di Blasio, Camisasca).

Secondo De Young (1986, A conceptual model for judging the truthfulness of a young child's allegation of sexual abuse, American Journal of Orthopsychiatry, 1986) le false dichiarazioni presentano caratteristiche cliniche facilmente riconoscibili quali: **assenza di dettagli, uso di un linguaggio adulto inappropriato, mancanza di autenticità nelle espressioni delle emozioni e del contenuto, assenza di elementi che segnalino coercizione o minaccia da parte del perpetratore, dichiarazioni contraddittorie**.

REAZIONI EMOTIVE E COMPORTAMENTALI

I bambini che hanno subito molestie sessuali, come del resto avviene per gli adulti, possono sviluppare una sindrome clinica che il D.S.M definisce "post-traumatic stress disorder" i cui sintomi sono:

- disturbi del sonno e incubi;
- paura della ripetizione del trauma che si manifesta con un comportamento ipervigilante o di evitamento;
- caduta nelle prestazioni cognitive;
- mancanza di interesse;
- significativa alterazione della personalità;
- ricorso a giochi ripetitivi concentrati sui temi traumatici.

Considerata l'alta percentuale (oltre il 50%) di decisioni rivelatesi poi errate, la valutazione processuale delle accuse di abuso sessuale di minori richiede un **massimo di cautela** e gli studiosi mettono in guardia contro il pericolo di inquinamento del giudizio rappresentato **dagli stereotipi e pregiudizi che circolano intorno al fenomeno dell'abuso sessuale sui minori**.

A questo proposito, Dillon (False sexual abuse allegations: causes and concerns, 1987) ha condotto una ricerca di grandissimo interesse intesa a mettere in guardia contro certi parametri di giudizio empirici e criteri valutativi generati dal sapere comune.

Dillon ha esaminato alcune delle **generalizzazioni empiriche** maggiormente diffuse in tema di accuse di abuso sessuale che vengono di solito **"prese per oro colato"** anche se, spesso, **sono false e fuorvianti**.

Vale la pena di approfondire questo argomento per evitare il pericolo di cadere nella trappola di queste false verità.

Le principali **generalizzazioni empiriche** individuate da Dillon sono le seguenti:

1. incubi, eccesso di masturbazione e depressione sono ritenuti segni di abuso sessuale.

Non è vero: possono anche presentarsi e in effetti si presentano indipendentemente da episodi di abuso.

Schaefer e Geier (Allegations of sexual abuse and custody visitation dispute, 1988) individuano due tipi di comportamento da parte del bambino che possono indurre l'adulto ad avanzare un'accusa di abuso sessuale:

- a) "ogni attività di tipo sessuale da parte del bambino, come masturbazione o introduzione di oggetti nella vagina e nell'ano". Di solito, questa situazione stimola l'indagine della madre su questo comportamento e la risposta che si ottiene con maggiore frequenza dal bambino è "me lo ha fatto papà". Ad avviso dei ricercatori: "questo tipico comportamento esplorativo può essere erroneamente interpretato come abuso sessuale";
- b) manifestazione da parte del bambino di comportamenti di tipo regressivo (bagnare il letto, masturbazione, ansia da separazione, atteggiamenti oppositivi o di ritiro). Anche se questo quadro può derivare da esperienze di abuso, esso è tuttavia spesso presente in bambini di età prescolare come reazione autoconsolatoria e rassicurante a situazioni di divorzio o di rottura familiare (Feller, Possible explanations for sexual abuse in divorce, 1991).

2. Quando un bambino afferma di essere stato toccato nei genitali intende sempre riferirsi a toccamenti di tipo erotico.

Non è vero: è un fatto che i bambini di età inferiore ai 5 anni tendono a descrivere le manovre di **accudimento** in un modo che fa pensare all'abuso sessuale. Il tipo di conoscenza che ha il bambino piccolo della propria anatomia e la sua incapacità di percepire le intenzioni dell'adulto **non gli consente di effettuare questo tipo di discriminazione**.

3. Se un bambino ha conoscenze di faccende sessuali o di organi sessuali inappropriate alla sua età, non può che essersele procurate attraverso contatti sessuali diretti.

Può essere vero, **ma spesso, sempre più spesso**, il bambino è in possesso di queste conoscenze perché **ha visto i genitori** o adulti scambiarsi attenzioni sessuali, o ha visto queste **scene nei filmati**, o ha ascoltato gli adulti parlarne o è abituato a vedere la nudità degli adulti.

4. I bambini non mentono se riferiscono di abusi sessuali.

Le ricerche in materia indicano che sono molti i casi in cui i bambini hanno mentito.

Questa convinzione è il frutto di una errata, anche se profondamente radicata, visione del bambino come si vorrebbe che fosse ma come **non è** e cioè un essere **desessualizzato**.

Una ricerca italiana sulla sessualità infantile (Colecchia, 1991) ha dato risultati inequivocabili e in linea con quelli raggiunti da analoghe ricerche a livello internazionale. In particolare si sono osservati i seguenti comportamenti spontaneamente messi in atto da un campione di bambini di età compresa tra i 18 mesi e i 5 anni: acquisizione dello schema corporeo attraverso lo specchio e l'ispezione degli altri bambini; scoperta della zona anale attraverso l'uso ludico degli oggetti impiegati nelle pratiche igieniche dei bambini (crema, borotalco, cotton-fioc ecc). L'uso di questi oggetti ha portato alla scoperta e allo sviluppo del gioco della "puntura" caratterizzato da un crescente interesse sessuale; scoperta della zona genitale con acquisizione dell'identità sessuale; tipizzazione sessuale delle modalità di esibizione della zona anale e genitale.

In particolare si è osservato il passaggio da un approccio iniziale in cui predominano confusione zonale e padroneggiamento indifferenziato degli oggetti, ad uno più idoneo al significato delle zone corporee e degli oggetti.

Ad esempio, nei filmati eseguiti nel corso di queste ricerche, si vede una bambina che offre, per la puntura, prima la parte posteriore del corpo, sulla quale però la "puntura" non viene eseguita e poi la parte anteriore, dove la "puntura" viene effettuata direttamente nella zona genitale.

Quanto agli oggetti, si è visto che il bambino inizia il gioco con un oggetto qualsiasi che non si presta, quanto alla forma, a simulare il gioco della puntura, ma poi passa rapidamente ad oggetti più idonei come il cotton fioc, il dito o un bastoncino. Queste manovre continuano fino all'acquisizione del significato simbolico del gioco stesso con lo sviluppo di un'attività apertamente masturbatoria.

Gli psicologi (Mantell, Clarifying erroneous child sexual abuse allegations, 1988) continuano a mettere in guardia contro questa concezione angelicata del bambino che può indurre chi deve giudicare, a ritenere l'abuso esistente solo perché il bambino ne ha parlato.

Resta il fatto, **emerso dall'esame di centinaia di casi giudiziari relativi ad abuso sessuale su minori** (Mantell, Clarifying erroneous child sexual abuse allegations, Am.J. Orthopsychiatry, Ott. 1988) **che sia gli adulti che i bambini mentono.**

Le false dichiarazioni possono riguardare:

- **fraintendimenti** (ad esempio quando l'adulto fraintende il linguaggio che sta usando il bambino e interpreta aspetti normali dello sviluppo infantile - la masturbazione o l'interesse per i genitali o le funzioni escretorie - come il risultato di esperienze di abuso);

- **racconti non veritieri** (sono particolarmente frequenti nei bambini che **se ne servono per attirare l'attenzione degli adulti**, per porsi al centro delle situazioni, per dare di sé una certa immagine, per risolvere conflitti interiori o pulsioni non accettabili). Emblematica, in proposito, la ricerca condotta da Petter (1980); errori dovuti a malattia (ad es. contenuti sessuali "strani", paure del sesso, preoccupazioni o distorsioni di esperienze fisiche e sessuali possono presentarsi in certe forme di disturbi mentali e in situazioni di stato pre-psicotico che possono interessare anche i bambini. In questi casi, i bambini possono avere percezioni sessuali analoghe a quelle da abuso sessuale (Bresee, Allegations of child sexual abuse in child custody disputes: a therapeutic assessment model, 1986).

- **alterazioni volontarie** (ad es. per vendetta, per ragioni legate alla situazione di separazione in corso);

- **errori professionali** (sono spesso le figure presenti nei servizi sociali che ricevono le accuse di abuso sessuale quando, addirittura, non emergono proprio nel contesto delle loro attività professionali. E' noto che i giudici, in assenza di altre fonti di prova, **tendono a fidarsi molto delle opinioni espresse da queste persone anche se non sempre i loro pareri sono scientificamente corretti.** Come osserva Mantell (op. cit. e su questo argomento la letteratura è copiosissima) **"molti bambini sono esaminati con domande suggestive che possono impiantare nella loro testa l'idea delle molestie sessuali o indurli a pensare che l'esaminante vuole che quella data cosa gli venga confermata ... è importante che i giudici e gli stessi professionisti siano consapevoli di questo pericolo dal momento che essi possono essere una fonte di convincimento anche in situazioni in cui l'abuso non si è verificato".**

5. I bambini, qualunque sia la loro età, possono essere intervistati per accertare la sussistenza dell'abuso

Non è così: i bambini sotto i 5 anni in genere mancano delle competenze verbali e concettuali per essere intervistati (Dell'Antonio, Petter, 1980). In particolare, nel periodo che va dai 2 ai 4-5 anni, si presentano due difficoltà tipiche di questa età: la prima riguarda il piano della motivazione (il bambino, ammesso che non si ammutolisca per la presenza di un personaggio a lui sconosciuto, tende a parlare delle piccole cose che interessano a lui e ad allontanarsi improvvisamente dopo una breve risposta dagli argomenti che gli propone l'adulto; in questi casi, l'intervistatore può cedere alla tentazione di interpretare questo comportamento secondo schemi adulti e

inferire che il bambino, per qualche motivo, rifiuta o si sente a disagio di fronte all'argomento proposto; la seconda deriva dalla mancanza di coerenza della conversazione, diretta conseguenza della scarsa coerenza del flusso del pensiero infantile. Il bambino, a questa età, è immerso nel presente e non riesce, nel rispondere, a tener conto di osservazioni già fatte o di cose già dette.

6. Più numerose sono le interviste al bambino, maggiore è l'attendibilità delle sue risposte

La ricerca dimostra che **è più probabile il contrario.**

Come osserva Barbara Mara del Child Protection Team of Central Florida (Childs sexual abuse, 1986), i bambini piccoli (3/4 anni) **tendono a inventare nel tentativo di colmare i vuoti se i fatti non sono realmente accaduti, se sono intervistati più volte cominciano a credere a quello che hanno detto, vero o falso che sia.**

Un altro punto nodale quando si debba tentare di discriminare le accuse di abuso sessuale vere da quelle false riguarda l'individuazione del comportamento sessuale normale in età evolutiva. Lamb e Culinen (Normal Childhood Sexual Games, 1991) hanno intervistato 128 donne con livello di scolarità media chiedendo informazioni sui loro ricordi di giochi sessuali infantili.

Le risposte delle intervistate hanno permesso di individuare 5 gruppi fondamentali di comportamenti di gioco "sessuale":

il 15% ha parlato di "gioco del dottore";

il 15% di esibizione del corpo ad altri bambini;

il 15% di sperimentazione di stimolazione;

il 6% di giochi di baci;

il 31% di fantasie sessuali come l'imitazione dell'attività sessuale di adulti o di scene d'amore.

Il bambino impara ad apprendere dall'esperienza personale le strategie per ottenere appoggio e accettazione nell'ambito familiare. Si può così dire che il bambino acquisisce - fin dai primi anni di vita - una competenza specifica per quanto riguarda la dinamica relazionale della sua famiglia. E' a questa competenza che saranno affidate le sue possibilità di "valere per l'adulto", la soddisfazione delle sue esigenze, l'individuazione di criteri per definire non solo ciò che è giusto e non giusto ma anche ciò che è 'bene' o 'male' per lui (Dell'Antonio, 1990).

E' noto che l'adeguamento del bambino, anche molto piccolo, ad una **situazione familiare affettivamente povera e poco disponibile determina**, in genere, modalità di relazione abnormi che aumentano, però, la sua possibilità di veder accolti i suoi bisogni. In particolare, può sopravvenire un meccanismo di "identificazione proiettiva" (*il bambino, angosciato dai sentimenti ostili che elabora verso il genitore avvertito come frustrante, reagisce attribuendo tali sentimenti al genitore stesso dal quale, di conseguenza, teme risposte negative e di abbandono*) a seguito del quale il bambino stabilisce con questa persona un rapporto intenso e disfunzionale, un attaccamento angoscioso, una radicalizzazione della dipendenza che ostacolerà il raggiungimento di una propria autonoma identità (Sandler, 1987; Bowlby, 1989).

Fonte: **CENTRO DI DOCUMENTAZIONE FALSI ABUSI E SOTTRAZIONI DI MINORI**