

Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale  
 ORIENTAMENTI DEL PROFESSIONISTA

*Marinella Malacrea*

Coerenti alla nuova formulazione di questo paragrafo nella Dichiarazione di consenso, questi approfondimenti saranno dedicati alla attitudine dei professionisti che si occupano di abuso all'infanzia nei confronti degli interventi di cura che sono chiamati a svolgere e alle complessità e alle sfide che incontrano in questa loro attività.

I risultati della ricerca sugli interventi terapeutici più efficaci e mirati sarà oggetto di un successivo approfondimento.

*Le Linee guida*

L'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) nel 2010 pubblica sul suo Journal le linee guida per la valutazione e il trattamento dei bambini con PTSD. Il testo è notevole, e pone una grande distanza da linee guida della stessa associazione in materia di bambini vittime di abusi e maltrattamenti, precedenti (1997) e successive (2011), prudentemente orientate all'accertamento di effettive esperienze traumatiche come l'abuso sessuale, operando in una 'zona limite' tra clinico e giudiziario.

Lo caratterizza una *forte impronta clinica*.

Parte dalla revisione sistematica delle pubblicazioni in merito e affronta in premessa la definizione dei presupposti di partenza sulla diagnosi, sulla connessione probabile con reali eventi traumatici, sugli indicatori, sulla epidemiologia. Seguono 11 raccomandazioni, ciascuna qualificata come: Minimal Standard (MS), quando si tratta di affermazioni rigorosamente controllate e applicabili a quasi tutti i casi; Clinical Guidance (CG) quando le affermazioni non sono altrettanto rigorosamente controllate ma per l'esperienza clinica hanno forte affidabilità e risultano applicabili ai tre quarti dei casi; Option (OP) quando si tratta di indicazioni in via di conferma sul piano sperimentale e/o clinico, e comunque accettabili; Not Endorsed (NE) quando si tratta di pratiche inefficaci o addirittura controindicate.

Riportiamo per esteso le *raccomandazioni*:

1. La valutazione psichiatrica dei bambini e degli adolescenti dovrebbe routinariamente includere domande circa esperienze traumatiche e sintomi di PTSD (MS)
2. Se lo screening indica significativi sintomi di PTSD, il clinico dovrebbe condurre una formale valutazione per determinare se è presente PTSD, la gravità di quei sintomi, e il grado di danno funzionale. I genitori o altri caregiver dovrebbero essere inclusi in questa valutazione ogni volta che è possibile (MS)
3. La valutazione psichiatrica dovrebbe considerare la diagnosi differenziale con altri disturbi psichiatrici e con condizioni fisiche che possono sembrare PTSD (MS)
4. La pianificazione del trattamento dovrebbe considerare un globale approccio terapeutico che includa la considerazione della gravità dei sintomi di PTSD del bambino e del grado di danno funzionale connesso (MS)
5. La pianificazione del trattamento dovrebbe integrare appropriati interventi per disturbi psichiatrici compresenti (comorbidità) (MS)

6. Le psicoterapie focalizzate sul trauma dovrebbero essere considerate trattamenti di prima scelta per bambini e adolescenti con PTSD (MS)
7. Gli antidepressivi SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) possono essere considerati per il trattamento di bambini e adolescenti con PTSD (OP)
8. Altri farmaci diversi dagli SSRI possono essere considerati per bambini e adolescenti con PTSD (OP)
9. La pianificazione del trattamento può considerare l'esigenza di adeguamenti del setting scolastico e della didattica (CG)
10. L'uso di terapie costrittive tipo 'rebirthing' o 'holding' o di altre tecniche che legano, costringono, privano di cibo e acqua, o sono altrimenti coercitive, è sconsigliato (NE)
11. Dopo eventi traumatici che coinvolgono un significativo numero di bambini dovrebbe essere condotto uno screening a scuola o in altri ambiti di vita quotidiana per la rilevazione di sintomi di PTSD e di fattori di rischio (CG)

I contenuti trattati in ogni raccomandazione trasmettono sul piano valutativo *il forte messaggio* della frequenza delle situazioni di trauma infantile e del dovere dei professionisti di considerare questa possibilità prima di ricorrere ad altre diagnosi. Sul piano del trattamento il messaggio è il deciso sbilancio tra terapie psicologiche, e specificamente dirette al trauma, considerate MS, e gli interventi farmacologici, considerati complementari al bisogno e opzionali (OP).

Nell'agosto 2013 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha diffuso le *Linee Guida per la gestione delle condizioni specificamente correlate a stress (Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress)*. Si tratta di un documento diretto agli operatori sanitari e fa parte di un programma cominciato nel 2008, il "Mental Health Global Action Programme (mhGAP) che vuole dare indicazioni circa patologie mentali, neurologiche, da dipendenza a medici e infermieri che possono offrire primo soccorso.

L'estensione alle condizioni correlate allo stress deriva dalla constatazione che eventi traumatici e perdite sono comuni nella vita delle persone. In un precedente studio del WHO su 21 Stati, più del 10% di chi ha risposto ha riportato eventi traumatici (aver assistito a violenza nel 21,8%, di aver vissuto violenza interpersonale nel 18,8%, incidenti nel 17,7%, guerra nel 16,2%, trauma a una persona amata nel 12,5%). Il 3,6% della popolazione mondiale aveva sofferto di PTSD nell'anno precedente allo studio.

Oltre al primo soccorso psicologico, alla gestione dello stress, all'aiuto a identificare e rafforzare positivi metodi di coping e al supporto sociale, vengono incluse indicazioni di trattamenti veri e propri, per aiutare le persone a ridurre le intrusioni di materiale traumatico. .

La maggioranza delle raccomandazioni è relativa al trauma acuto, ma ci sono anche le raccomandazioni (dalla 14 alla 17) relative al PTSD, prodotto quindi di esperienze traumatiche più lontane nel tempo. Esse affermano l'utilità della Terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma, e dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), sia per adulti sia per bambini e adolescenti.

C'è anche una netta contrarietà all'uso di psicofarmaci nelle situazioni di trauma, con un orientamento più severo rispetto all'AACAP. Viene sconsigliato l'uso delle benzodiazepine subito dopo l'evento traumatico (trauma acuto), in quanto possono rallentare il tempo di guarigione. E nel PTSD viene sconsigliato l'utilizzo in ogni caso di antidepressivi per bambini e adolescenti, mentre per gli adulti sono ammessi solo se le precedenti terapie non hanno dato risultati.

Vale la pena anche di guardare da vicino le citate *Linee guida forensi dell'AACAP* (Practice Parameters for Child and Adolescent Forensic Evaluations, 2011). Nella cura di differenziare compiti clinici e forensi degli stessi professionisti, dà utili indicazioni e definizioni, innanzitutto sui ruoli. Nelle prime pagine troviamo: “il termine ‘valutatore forense’ verrà usato per indicare uno psichiatra dell’infanzia e dell’adolescenza, o ogni altro professionista della salute mentale, che conduca una valutazione allo scopo di risolvere una disputa legale, *invece che* per il trattamento”. Tuttavia, pur non sussistendo una relazione terapeutica con il soggetto valutato e dovendo tener conto di chiari limiti alla confidenzialità, il valutatore forense deve essere anche consapevole degli interventi terapeutici indicati e possibili.

Gli ambiti in cui può essere richiesto questo ruolo al professionista sono le cause di divorzio per quanto riguarda l’affidamento dei figli, gli autori di reato minorenni, l’abuso all’infanzia, i traumi subiti dai bambini a causa di incidenti che li hanno colpiti direttamente o indirettamente. Seguono 13 raccomandazioni, che affermano requisiti di fondo della competenza e del corretto operare del valutatore forense. Ma il colpo d’occhio più sintetico lo fornisce una tabella che distingue nel dettaglio tra le funzioni cliniche e forensi, scostandosi dal ‘sincretismo’ presente nelle precedenti Linee guida del 1997.

**TABELLA 1 Differenze tra le valutazioni clinica e forense**

	<b>Valutazione Clinica</b>	<b>Valutazione Forense</b>
Scopo	dar sollievo alla sofferenza	dare risposta a una questione legale
Relazione	curante-paziente	valutatore-valutato
Cliente	il paziente	il tribunale, l’avvocato, o altri attori pertinenti
Obblighi	rapporto di fiducia con il paziente, per il suo miglior interesse e il suo benessere	rapporto di fiducia con il tribunale, l’avvocato o altri attori pertinenti
Obiettivo	aiutare il paziente a guarire	informare e dare conoscenze agli attori pertinenti e agli investigatori (per esempio giudici o giuria), attraverso rapporti e testimonianze
Confidenzialità	solitamente presente	si possono avere eccezioni
Processo	stabilire una diagnosi e un piano terapeutico	condurre una valutazione obiettiva; una diagnosi può non essere essenziale
Trattamento	va effettuato un trattamento	non va effettuato un trattamento, anche se può essere raccomandato
Fonti	self-report; occasionalmente informazioni dall’esterno;	raccolta estensiva di dati incluse interviste in serie,

	alcune note collaterali	informazioni da altri soggetti , revisione di note e documenti
Possibili fonti di distorsione	di natura terapeutica; desiderio che il paziente stia meglio; volontà di difendere il paziente	come intenzione assenza di pregiudizi; tentativo di essere neutrale e oggettivo, nessun investimento sul futuro del paziente
Prodotto finale	stabilire una relazione terapeutica, migliorare il benessere del paziente	rispondere alla domanda del committente in forma di rapporto verbale o scritto; deposizione e/o testimonianza

La stessa traiettoria, che distanzia dal ‘sincretismo’ clinico-forense, è stata seguita negli anni dalla *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale del CISMAI*, che ha visto la sua prima edizione nel 1999 e l’ultima nel 2015. I paragrafi da 8 sono diventati 9, a causa dell’aggiunta del paragrafo specifico Valutazione forense, per distinguerne gli obiettivi dalla Valutazione clinica e ‘liberarla’ da utilizzi equivoci. Sono stati raccolti in proposito i suggerimenti dell’AACAP, peraltro del tutto condivisibili alla luce dell’esperienza di questi ultimi anni, con menzione speciale dell’attenzione alle esigenze terapeutiche anche se si opera in campo giudiziario (6.2.e: anche nella valutazione forense le esigenze di cura del minore vanno attentamente considerate e rese oggetto di richieste e raccomandazioni agli interlocutori giudiziari).

Ma di più, l’attenzione al dovere di curare è disseminata dovunque nel testo. Di seguito alcuni esempi (rispettivamente nei paragrafi Definizione, Valutazione clinica, Indicatori e segni fisici, Il minore nel percorso giudiziario, Orientamenti del professionista):

1.2.d: va perseguita attivamente e tempestivamente la riduzione del danno, favorendo l’attribuzione di corretto significato all’esperienza ed elaborandola a livello cognitivo, emotivo, sensoriale

2.2.c: va prevista l’eventualità di intensi movimenti difensivi nel minore, che possono richiedere non raramente un percorso a più fasi di approfondimento

3.2.e: la visita medica deve tener conto dell’esigenza di informare/rassicurare il/la bambino/a sul suo stato di salute fisica

8.2.a: vanno precocemente attivati percorsi di “accompagnamento giudiziario” per il minore e per le figure adulte di riferimento, così come disposto dalla normativa vigente

9.1.a: confermando quanto già sopra richiamato in relazione alla fase di valutazione sia clinica sia forense e alla fase di ascolto giudiziario, resta prioritario dovere delle professioni di aiuto la formulazione di un piano terapeutico efficace

9.2.b: è necessario il costante aggiornamento sugli interventi terapeutici specificamente mirati alla risoluzione della patologia post traumatica riconosciuti dalla comunità scientifica

### *L’attitudine dei professionisti verso i metodi evidence based*

Abbiamo visto che nelle linee guida è forte l’indicazione di adottare approcci di intervento specifici ed efficaci. Tipici requisiti per definire un intervento come *trattamento empiricamente*

*supportato* includono l'uso di un manuale, una base teorica e risultati positivi controllati sperimentalmente su una specifica popolazione.

Negli Stati Uniti sono stati *finanziati importanti programmi* di diffusione della conoscenza di tali tecniche tra i professionisti. Quali i risultati?

Per quanto ci sia una disponibilità di fondo da parte dei terapeuti circa l'uso di specifiche tecniche supportate da manuali, la varietà delle esigenze del paziente, la diversa formazione di base del professionista, l'idea che la richiesta di attenersi a un manuale sbilanci in favore delle terapie cognitivo comportamentali più facili da schematizzare rispetto ad altri approcci, fa sì che tra teoria e pratica esista un notevole scostamento. Uno dei campi in cui si è cercato di implementare trattamenti empiricamente supportati è proprio quello dell'abuso all'infanzia.

Lo studio di Allen, Gharagozloo e Johnson (2012) si prefigge di capire *se i professionisti sanno correttamente individuare le tecniche terapeutiche supportate da evidenza clinica*, quanto le usano, e come la loro formazione di base li orienta ad acquisirne le competenze.

I 240 professionisti intervistati operavano nei Child Advocacy Center con bambini vittime di abuso. I risultati dell'indagine sono interessanti e complessi. I professionisti individuavano in gran prevalenza la TF-CBT (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy) come intervento empiricamente supportato: e ciò certamente risente del grande impiego negli anni precedenti di sistemi di disseminazione delle conoscenze in proposito. Tuttavia non individuavano come empiricamente supportati altri approcci che invece lo erano, e dichiaravano di usare abitualmente sia questi sia altri approcci effettivamente non empiricamente supportati e individuati come tali (arte terapia, sand tray therapy, terapia di gioco). Analogamente la richiesta formativa si orientava sia a tecniche ritenute empiricamente supportate che in maggioranza ad altre correttamente o erroneamente ritenute non supportate.

Si dovrebbe dedurre che utilizzare metodi sicuramente efficaci non è la primaria esigenza dei professionisti, tanto che non ne sono informati e non cercano informazioni a riguardo. La scelta del metodo di intervento si fonda sulla formazione di base ricevuta e non c'è nei corsi universitari un orientamento a individuare e scegliere tecniche empiricamente supportate. Così i professionisti si trovano a non poter aggiungere il peso economico di una formazione nelle tecniche sicuramente efficaci quando hanno già investito tempo e denaro nella formazione scelta dopo l'università. Un fattore concorrente può essere anche la presenza nel luogo di lavoro di una équipe, di responsabili, di supervisori orientati ai metodi empiricamente supportati.

Viene auspicata la disseminazione di conoscenze su tutti gli interventi empiricamente supportati, specie utilizzando la formazione a distanza, per facilitare l'adesione dei professionisti.

In un altro articolo Allen e Johnson (2012) riferiscono di una ricerca effettuata negli Stati Uniti sempre sui professionisti che operano all'interno dei CAC (Child Advocacy Center), a cui hanno risposto in modo completo 132 professionisti. Scopo della ricerca era questa volta precisare l'effettivo *utilizzo di tutte le componenti della TF-CBT* (terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma), approccio terapeutico supportato dall'evidenza empirica considerato dalle linee guida come tra i più efficaci nel caso di abuso all'infanzia, se comparato ad altri approcci terapeutici non direttivi.

Programmi di disseminazione della competenza nell'utilizzo di questo metodo terapeutico sono stati fatti nel 2008 attraverso formazione a distanza, supervisioni, conferenze. Il 78% dei professionisti ha confermato di aver ricevuto una formazione in TF-CBT e di usare questo approccio con regolarità. Ma solo il 66% utilizzava sempre tutti e cinque i fattori centrali di questo approccio, considerati nel dettaglio nella indagine. In particolare l'indagine ha mostrato che i

professionisti sono più inclini a usare singole componenti dell'approccio, in particolare le tecniche di rilassamento o la psicoeducazione mirata all'acquisizione di un coping adatto, applicabili in molti casi clinici anche non di abuso all'infanzia, mentre utilizzano in misura ridotta gli elementi della tecnica specificamente deputati alla risoluzione del trauma e riconosciuti centrali per l'efficacia: la narrativa del trauma e la ristrutturazione delle distorsioni cognitive determinate dal trauma. Queste tecniche richiedono un approccio direttivo e una verbalizzazione mirata, più difficili da integrare se un terapeuta aveva ricevuto una formazione di base in tecniche non direttive o riteneva i bambini poco capaci di esprimere verbalmente la loro esperienza.

Gli autori concludono che il lavoro di implementazione del metodo ha bisogno di ulteriori sforzi, specialmente per far capire le ragioni per cui identificare e cambiare le cognizioni distorte dal trauma sia essenziale per l'efficacia della terapia, come le ricerche dimostrano. Certamente desiderabile è anche maggiore supervisione da parte dei responsabili dei servizi riguardo alla effettiva aderenza dei terapeuti alla tecnica appresa e applicata.

L'articolo di Allen del 2014 (affiancato da Crosby) si pone in linea con i precedenti dello stesso autore.

Vengono riassunti gli studi precedenti sull'attitudine dei professionisti nei confronti delle tecniche di intervento empiricamente supportate, e viene verificata, attraverso un'altra specifica indagine su circa 250 soggetti in prevalenza sempre operanti nei CAC, *l'ipotesi che siano le credenze degli stessi professionisti a mediare la scelta* o meno di metodi empiricamente supportati. Due fattori in queste credenze sono risultati centrali: quanto il professionista si sente a suo agio nell'usare *tecniche direttive* con i bambini e quanto confida nella loro capacità di affrontare *verbalmente* il trauma. A quanto sopra si aggiunge l'attitudine ad essere aperti verso i risultati della ricerca scientifica. Chi più è lontano da quanto sopra sceglie tecniche di gioco, esperienziali, non direttive, su una base psicodinamica, che puntano sulla interpretazione del materiale non verbale prodotto dal bambino.

Attraverso la formazione diventa quindi necessario modificare innanzitutto il sistema di credenze del professionista sulle capacità del bambino e sul processo terapeutico. Gli autori concludono che siamo ancora lontani dall'aver raggiunto l'obiettivo di garantire ai bambini vittime di abusi professionisti orientati ai metodi di intervento più efficaci, anche in considerazione dell'alta probabilità che chi ha accettato di partecipare all'indagine sia già più interessato al tema di quanto non lo siano coloro che non hanno neppure aderito. Si auspica alla fine il solito incremento di una formazione facilmente accessibile e la costituzione di ambienti di lavoro in cui il carico di casi e i limiti di tempo siano meno stringenti e permettano al professionista di cimentarsi con nuovi apprendimenti da sperimentare nella pratica.

La review di Self-Brown et al (2012) si pone l'obiettivo di capire meglio *come mai*, pur esistendo approcci evidence based nell'intervento sull'abuso all'infanzia, *ancora molti servizi erogano interventi senza supporto empirico*.

E' stata sottoposta a verifica l'implementazione di 5 programmi considerati EB negli Stati Uniti (AF-CBT, SafeCare, PCIT, Triple P, TF-CBT), *esplorando nel dettaglio i fattori in gioco* che possono facilitare od ostacolare l'adozione di tali programmi e che toccano più aree: il terapeuta, l'organizzazione, la formazione, la programmazione sociopolitica.

Il *primo ostacolo*, e rilevante, riguarda la conoscenza dell'esistenza di approcci evidence based per il trattamento dell'abuso all'infanzia. Anche in letteratura gli autori si riferiscono a questa materia utilizzando termini diversi per definire tali tecniche e utilizzando linguaggi non omogenei. Viene citato l'articolo riassunto sopra di Allen, Gharagozloo e Johnson (2012) e altri: tutti

convergono nel far ritenere che ci sia ancora molto da lavorare per superare questo primo indispensabile step.

Una *seconda fase* riguarda la strutturazione di programmi, fondi, referenti che facciano da base per l'implementazione di tali tecniche. Questo aspetto è stato poco indagato perché ne è stata ingiustamente trascurata l'importanza, invece cruciale per facilitare l'adozione di tecniche EB.

La *fase successiva* riguarda la formazione del professionista all'utilizzo di tecniche EB. Questa fase è stata più indagata nel corso del tempo, e si è giunti alla conclusione che una formazione attiva, che comprenda lavoro sul campo, giochi di ruolo, interazione diretta con i docenti, nonché la continuazione di una supervisione, meglio garantiscono l'aderenza alle tecniche apprese. Gli studi che hanno provato a verificare i fattori in gioco in questa fase hanno riscontrato molti punti critici tra cui è certo rilevante un tema centrale come la formazione dei formatori, ma anche la suggestione che pur piccoli dettagli nella formazione, per esempio nella tecnologia utilizzata, possono influenzare il risultato finale. In linea con quanto sopra viene citato l'articolo di Shapiro, Prinz, and Sanders (2012), che conferma che fattori come la presenza di una supervisione e le caratteristiche personali del terapeuta influenzano la fedeltà al metodo appreso anche dopo la fine del training. Circa poi la *sostenibilità* degli approcci EB, cioè per quanto tempo il professionista continua ad utilizzarli anche dopo la fine della formazione, viene citato innanzitutto l'articolo di Allen e Johnson già riassunto sopra, che mostra come i professionisti formati alle tecniche EB utilizzino spesso soltanto una parte dei fattori che le compongono, lasciando incerto il dato sull'efficacia di questo modo di procedere. Presi insieme questi dati sottolineano *l'importanza del periodo post formazione*, sia come ambiente organizzativo che come supporto tecnico.

Tuttavia dalla review emergono *anche dati positivi e interessanti*. Un primo articolo citato è di Aarons et al (2012) e mette in luce un aspetto degno di nota: il turnover sempre alto dei professionisti che operano nei servizi di tutela all'infanzia si riduce se i professionisti sono formati e applicano approcci EB. Un secondo articolo mette in luce che utilizzando approcci evidence based i professionisti guadagnano stima da parte degli utenti. Damashek, Bard e Hecht nel 2012 hanno rilevato il grado di soddisfazione di 1300 famiglie in contatto con servizi di tutela dell'infanzia, spesso oggetto di ostilità e cattiva percezione da parte delle famiglie stesse. Si è rilevato un maggiore rispetto verso gli operatori, specie apprezzando la loro migliore considerazione delle varianti culturali che influenzano il comportamento dei genitori verso i bambini. E' stato così sfatato il pregiudizio che approcci troppo standardizzati risultassero rigidi e alla fine controproducenti rispetto alla alleanza terapeutica.

In tema di formazione agli interventi evidence based, Heck, Smith e Saunders (2015) hanno considerato un programma svolto via web (TF-CBTweb) tra il 2005 e il 2012 per la formazione di professionisti e studenti all'utilizzo della terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma. Ci furono più di 120mila adesioni, circa l'80% ha cominciato il corso e di questi circa il 70% l'ha completato, con l'acquisizione di importanti conoscenze sui passaggi fondamentali del metodo a giudicare dal post test. Studenti universitari e operatori con pochi anni di pratica nel campo dell'abuso all'infanzia sono la quota prevalente degli allievi che hanno completato il programma. Gli autori concludono che *il sistema di formazione via web possa essere promettente*.

### *L'effettiva fruibilità dei percorsi psicologici*

Pur adottando una 'ossatura' dell'intervento fondata, ci sono fattori di complessità ulteriormente interferenti con l'efficacia del risultato?

Un primo problema è costituito dall'effettiva possibilità dei bambini vittime di accedere agli interventi di cui hanno bisogno.

C'è ancora dibattito sulla prima barriera rispetto alla possibilità di ricevere cure adeguate, cioè una *corretta valutazione dell'effettiva esistenza di una esperienza traumatica*, specie quando ci si muove su una linea di confine tra clinico e giudiziario. Questa componente ancora oggi, nonostante i fiumi di parole scritte, può privare il bambino di una presa in carico tempestiva orientata al suo benessere, proprio per i dilemmi in cui i professionisti si dibattono e che frenano quell'habitus clinico suggerito dall'AACAP.

Nel 2011, un nome 'storico' come Everson affronta di nuovo il tema della soggettività dei valutatori, e di come le loro credenze e pre-giudizi influenzino l'esito della valutazione, cercando di *individuare i fattori soggettivi che fanno la differenza*. Allo studio hanno partecipato 1106 professionisti con caratteristiche diversificate di formazione, tipo e anni di lavoro, competenza. La scheda da completare era la Child Forensic Attitude Scale (CFAS), che esplora tre attitudini potenzialmente influenti sul giudizio finale circa i sospetti abusi sessuali: enfasi sulla sensibilità (assicurarsi che i bambini abusati sessualmente siano correttamente individuati); enfasi sulla specificità (assicurarsi che i bambini non abusati sessualmente siano correttamente individuati); scetticismo verso i report di abuso sessuale di bambini e adolescenti. Un sottogruppo di 605 professionisti ha partecipato anche a delle esercitazioni (da 1 a 3) per valutare il peso di quelle tre attitudini sulla valutazione della credibilità dei sospetti.

I punteggi alle sottoscale variano significativamente a seconda del contesto lavorativo, del genere, degli anni di esperienza, della posizione professionale. Si conferma che le attitudini dei professionisti rilevate durante le esercitazioni su casi stimolo hanno un impatto significativo sui processi reali di presa di decisione sulla credibilità degli abusi.

La sorpresa è che imprevedibilmente gli operatori dei Servizi di tutela all'infanzia (Child Protective Service), se messi a confronto con altri professionisti, sono più preoccupati di sovrastimare gli abusi e più scettici verso le dichiarazioni dei bambini. L'ovvia conseguenza è una maggiore probabilità che le denunce di abuso sessuale non vengano credute. Gli autori suggeriscono vari metodi per diminuire l'effetto distorto di questi pregiudizi, sia attraverso l'auto consapevolezza sia attraverso il lavoro d'équipe.

Williams et al (2014; tra i co-autori compare un nome 'storico' come Coulborn-Faller) mettono a fuoco per esempio la validazione dei sospetti abusi sessuali *quando il bambino non rende dichiarazioni conclusive*. Rivedendo i dati prodotti dalla ricerca, due terzi dei bambini rivelano quando intervistati, ma si tratta probabilmente di bambini giunti a uno stadio avanzato del processo di rivelazione. Un altro terzo può essere stato ugualmente abusato, ma non è in grado di rivelare all'interno di una singola intervista durante gli accertamenti dei Servizi di tutela o durante le procedure giudiziarie. L'esigenza di porre attenzione al problema della sensibilità degli strumenti utilizzati è rinforzata da studi su bambini molto probabilmente abusati, in quanto portatori di indicatori pesanti (positività per il gonococco, fotografie, registrazioni audio e video). In questi casi solo metà dei bambini, o anche meno, rivela quando intervistati.

Tuttavia i dati di letteratura concordano sul fatto che sia da porre attenzione anche al fattore specificità. Alcune risposte dei bambini sono poco accurate e preoccupano gli studi sulla suggestionabilità dei bambini (anche se gli esperimenti si riferiscono a eventi mai completamente paragonabili all'abuso sessuale). Alcuni autori sottolineano maggiormente il danno che può derivare a un adulto accusato ingiustamente e al bambino non abusato nel caso di un falso positivo. In specie, Connell (2009) afferma che la ripetizione delle interviste può confondere il bambino,



provocare spostamenti nelle sue affermazioni e dubbi sui propri ricordi. Si aggiunge a ciò la preoccupazione per potenziali pregiudizi degli intervistatori che conducono un accertamento esteso dell'abuso sessuale.

L'intento di Williams e collaboratori è tuttavia registrare il parere degli operatori stessi in merito all'esigenza di sensibilità (assicurarsi che i bambini abusati sessualmente siano correttamente individuati) versus l'esigenza di specificità (assicurarsi che i bambini non abusati sessualmente siano correttamente individuati). Lo strumento contestato è la cosiddetta '*valutazione estesa*', descritta da Carnes, Wilson, Nelson-Gardell e Orgassa (2001). Essa comprende: (a) la costruzione del rapporto con il bambino (b) l'uso di misure standardizzate per ottenere informazioni sul bambino (Child Behavior Checklist, Child Sexual Behavior Inventory, Trauma Symptom Checklist for Children) (c) esplorare la conoscenza delle parti anatomiche con il bambino con l'aiuto di disegni e bambole anatomiche (d) completare il Touch Inventory con il bambino (e) fare al bambino domande sia aperte che focalizzate (f) fare una valutazione di credibilità delle informazioni ottenute (g) dare una conclusione alla valutazione.

Sono stati intervistati 932 professionisti nel campo dell'abuso all'infanzia, con uno schema di intervista bilanciato tra item orientati alla sensibilità e item orientati alla specificità. Tre quarti degli intervistati hanno un punteggio più sbilanciato verso la sensibilità, specie se nella attività professionale hanno incontrato bambini che hanno avuto bisogno di più di una singola intervista. Si tratta di operatori meno preoccupati della prova giudiziaria dell'abuso e dell'esito legale, ma che desiderano piuttosto acquisire informazioni per la presa in carico e il trattamento per aiutare i bambini e le loro famiglie. Questi operatori tengono soprattutto a poter avere accesso alla valutazione estesa, data la scarsità delle risorse dei Servizi.

D'altra parte non c'è prova che la valutazione estesa sacrifichi la specificità. Anche se ci sono pochi studi in proposito, quello che esiste fa pensare che la valutazione estesa davvero potenzi sia la sensibilità che la specificità. In due studi che hanno applicato la valutazione estesa, uno su 41 bambini, l'altro su 147 bambini, si è visto che circa metà dei bambini è stato individuato come vero positivo e che circa un quinto è stato individuato come vero negativo. Quindi nei casi non risolti da una singola intervista la valutazione estesa ha aiutato a classificare correttamente due terzi dei casi, sia in un senso che nell'altro. Si può affermare che i professionisti che desiderano la valutazione estesa tengano perciò sia alla sensibilità che alla specificità.

Un secondo problema è *la reale possibilità di tutti i bambini vittime di fruire* dell'intervento psicologico di cui avrebbero bisogno.

Leslie et al (2005) hanno cercato di rispondere alla domanda su *quali siano i fattori che determinano l'accesso ai Servizi per la salute mentale* soltanto di alcuni dei bambini venuti in contatto con il sistema del Child Welfare (corrispondente ai nostri Servizi di tutela dell'infanzia) a causa di abusi e maltrattamenti accertati (circa 900.000 ogni anno). Di questi bambini, più dei quattro quinti rimane a casa e riceve vari tipi di servizi mentre sono a casa; gli altri vengono allontanati dalla famiglia. Le ricerche precedenti hanno portato a domandarsi se il contatto con i Servizi di Child Welfare sia un facilitatore dell'accesso ai Servizi di salute mentale, o piuttosto lo sia il collocamento fuori dalla famiglia.

La ricerca ha utilizzato i dati della National Survey of Child and Adolescent Well-Being (NSCAW), il primo studio prospettico nazionale che ha esaminato le esperienze dei bambini e delle famiglie coinvolte nei Servizi di Child Welfare. Sono stati considerati 5501 bambini tra la nascita e i 14 anni (età media circa 8 anni).

In effetti si può concludere che il coinvolgimento con Servizi di tutela è una porta per l'accesso ai Servizi di salute mentale, che si incrementa subito dopo l'accesso al Child Welfare. Ciò avviene meno frequentemente per i bambini che rimangono a casa, indipendentemente dal loro grado di necessità, valutato attraverso il CBCL (Child Behavior Checklist). I bambini allontanati da casa continuano ad utilizzare i Servizi di salute mentale più a lungo, probabilmente per l'intervento di ulteriori fattori facilitanti, come l'esigenza di una valutazione o l'esistenza di procedure giudiziarie di monitoraggio. Per contro quelli rimasti a casa possono trovare ostacoli ad accedere agli interventi di cui hanno bisogno per differenze razziali o culturali nell'approccio delle loro famiglie ai Servizi di salute mentale.

Questi dati mettono in luce un alto livello di bisogni a cui non c'è risposta, che riguardano i due terzi di tutti i bambini con punteggi patologici al CBCL che rimangono a casa e che nell'anno e mezzo successivo alla valutazione non accedono ai Servizi di salute mentale.

Comprendere i meccanismi che stanno alla base di questa situazione è cruciale per meglio distribuire le risorse, poiché nonostante gli sforzi innegabili fatti è altrettanto innegabile l'esistenza di un importante divario di possibilità per bambini con esigenze simili.

Anche McPherson, Scribano e Stevens (2011) mettono a tema l'effettiva fruizione di percorsi terapeutici da parte delle vittime di abuso sessuale infantile, in quanto barriere all'accesso e al completamento di una consultazione psicologica possono compromettere il futuro benessere. Ipotizzano che *l'integrazione già nei CAC (Child Advocacy Center) di percorsi medici e psicologici di valutazione e trattamento* abbiano il potenziale di ridurre gli ostacoli alla fruizione di interventi di salute mentale.

Hanno utilizzato un gruppo clinico di 490 soggetti vittime di CSA (3-16 anni, età media 8,4), valutati dai CAC e inviati ai Servizi di salute mentale, per un studio retrospettivo. Si trattava prevalentemente di femmine (74%), di razza bianca (60%), più della metà avevano ricevuto un soccorso medico (56%). Circa la metà hanno consultato i Servizi di salute mentale e di questi circa il 40% ha completato il trattamento.

Non ci sono differenze tra soggetti che hanno completato la terapia e quelli che non l'hanno fatto quanto a caratteristiche demografiche o gravità dell'abuso. C'è una associazione tra il completamento della terapia e due fattori indipendenti: la partecipazione del caregiver alla terapia e l'intervento di altri servizi di consultazione.

Gli autori concludono che nonostante gli innegabili sforzi fatti dai CAC c'è ancora molto da fare per garantire alle vittime di abuso sessuale un maggior accesso a efficaci percorsi terapeutici, cosa che appare più probabile se c'è una presa in carico complessa e con l'attivo coinvolgimento del caregiver.

Interessante è anche *capire cosa pensano della fruibilità dei servizi psicologici i diretti interessati*.

Basandosi su interviste fatte a vittime di trauma infantile ormai adulti (82, attraverso una indagine online e diretta) Todahl et al (2014) si sono posti l'obiettivo di capire cosa secondo loro avesse giovato o meno nel percorso di guarigione.

E' stata espressamente esplorata l'area del rapporto con i Servizi di salute mentale, esprimendo esigenze e suggerimenti. Ma il dato che più colpisce è che raramente aiuto e protezione sono stati ricevuti mentre gli abusi avvenivano, per lo più in età infantile.

*Quello che non sta negli schemi: la sfida della complessità*

Alcuni articoli permettono anche di dare uno sguardo a temi su cui conoscenze e competenze risultano ancora incerte per i professionisti.

Coleman e Macintosh (2015) lamentano ad esempio la poca attenzione alle *arti* nello sviluppo di approcci evidence based per il trattamento dell'abuso all'infanzia. Per contro si tratta di strumenti largamente accessibili ai bambini bisognosi di cure e particolarmente completi nell'affrontare le multiple sequele delle esperienze traumatiche

Collins et al. (2014) mettono in luce come sia stato poco studiato il ruolo della *fede religiosa* come risorsa nelle donne sopravvissute a un trauma sessuale nell'infanzia. Le autrici hanno intervistato otto donne abusate nell'infanzia e allevate nella religione cattolica. Esse hanno mostrato quanto la loro fede fosse stata importante nel moderare e alleviare la sofferenza derivata dal trauma, e come per contro raramente questo aspetto sia stato esplorato e valorizzato durante la psicoterapia (tutte avevano fatto psicoterapia per almeno due anni).

Autori israeliani (Barron, Abdallah, 2015) hanno integrato i pochi studi esistenti circa le difficoltà dei processi di presa di decisione sul trattamento del trauma quando si opera in *contesti interculturali*. Avvalendosi di un programma di formazione occidentale sul trattamento del trauma adattato alla realtà palestinese, hanno messo in luce i nodi critici del processo decisionale e i fattori che possono facilitarlo. Viene sottolineata in tal senso l'importanza di definire un linguaggio comune, di stabilire relazioni di duratura fiducia, di operare in strutture flessibili e libere dalle agende istituzionali, avvalendosi di processi democratici.

Lo stesso interesse si sente nell'articolo di Haboush e Alyana (2013). Le autrici rilevano che la letteratura conferma l'impatto delle variabili culturali nella concettualizzazione e nel trattamento dei casi di abuso sessuale infantile. Nonostante una maggiore visibilità degli arabi-americani negli Stati Uniti, c'è poca ricerca empirica sulla incidenza dell'abuso sessuale infantile in questa popolazione. La cultura araba è spesso caratterizzata da enfasi sugli obblighi familiari e collettivi, fattori che sicuramente impattano sulla valutazione e sul trattamento di questi casi, sia facilitandoli sia ostacolando. In particolare nel denunciare l'abuso, fattori legati all'onore e alla vergogna come anche lo stigma connesso ai problemi di salute mentale possono influenzare la risposta all'abuso. Quindi la chiave dell'efficacia dell'intervento sta nel promuovere la competenza culturale dei professionisti. La ricerca empirica in proposito è necessaria per indagare e corroborare queste ipotesi.

Altri autori ci informano su ulteriori *particolari scogli nel trattamento* dei soggetti abusati nell'infanzia, dovuti a incompetenza dei professionisti del campo su particolari tematiche.

Uno di questi è la presenza di *fantasie sessualizzate nei confronti di bambini* nelle donne vittime di abuso sessuale nell'infanzia. In un articolo del 2013 Hovey, Rye e Stalker riferiscono di uno studio in cui 164 terapeuti canadesi che lavorano con donne vittime di abusi sessuali infantili sono stati intervistati circa le loro convinzioni su cosa ritengono sia un abuso sessuale infantile, su chi secondo loro commette abusi sessuali su minori e sulla loro modalità di approcciare il tema dei comportamenti sessuali inappropriati eventualmente agiti dalle loro pazienti, allo scopo fondamentalmente di capire se la credenza che le femmine non abusino sessualmente i bambini in qualche modo traspaia nella loro pratica. La maggioranza ritiene importante chiedere attivamente se le pazienti abbiano avuto comportamenti di abuso, ma ritengono anche che esse non riveleranno spontaneamente i propri pensieri o comportamenti sessuali inappropriati. Né quanto restrittivamente o ampiamente sia considerato l'abuso sessuale dei bambini, né le credenze di genere differenti sui perpetratori sembrano influenzare la pratica clinica.

Nel 2014 gli stessi autori intervistando 22 terapeuti canadesi hanno messo in luce il dilemma che spesso preoccupa i terapeuti circa l'opportunità di sollevare questo tema in terapia. Da un lato esigenze etiche e anche di adeguare precisamente il trattamento ai problemi del paziente spingerebbero ad affrontare il tema; dall'altro lato, il timore dell'impatto sul paziente e sulla relazione terapeutica e il sentirsi inadeguatamente preparati a maneggiare quest'area trattengono dal farlo. Importante è invece assicurarsi che il paziente comprenda cosa gli sta accadendo e che questo fa parte delle conseguenze 'normali' del trauma subito.

Un altro tema, analizzato dalla Martin (2013) attraverso una tesi sull'argomento, riguarda la comprensione da parte dei professionisti che si occupano di CSA della delicata evenienza dell'*abuso online* dei minori, che comporta sia il loro abuso reale che la distribuzione in rete delle immagini relative, con circolazione indefinita e perpetua.

La prima domanda riguarda la capacità dei professionisti di riconoscere che si stanno trovando di fronte proprio a una simile evenienza, la seconda riguarda la effettiva comprensione dell'impatto di simili immagini sui bambini vittime. La terza domanda concerne poi l'integrazione di queste consapevolezze nel loro approccio terapeutico.

Sono stati approfonditamente intervistati 14 professionisti in Canada, scelti a campione, con risultati variegati. La maggioranza di essi può essere bene definita 'fuori fuoco'.

Sul piano valutativo, molti non hanno dedicato attenzione prima dell'intervista alle immagini di abuso online e non ne hanno una chiara comprensione, ma le vedono come confuse e incerte, al punto di non esserne sicuri, facenti parte di un continuum da immagini relativamente innocenti a immagini di franco abuso. C'è diffusa preoccupazione, ma con incerta percezione della gravità per il bambino delle immagini e della loro permanenza. Una prima differenza riguarda la concettualizzazione degli eventi, sintetizzabile in tre categorie: professionisti che considerano queste immagini equivalenti a un 'normale' abuso sessuale; altri che lo considerano diverso e non altrettanto serio; altri che lo considerano diverso e altrettanto serio. C'è anche la preoccupazione di avere avuto in carico bambini coinvolti in questo tipo di vittimizzazione senza essersene accorti, dando erroneamente per scontato che fossero altri servizi a doversene accorgere e a doverlo segnalare per esempio i Servizi di tutela o le Forze dell'ordine.

Dall'altro lato quanto all'intervento, tutti confessano di non avere avuto formazione in proposito nei loro percorsi di qualificazione e tutti sono concordi sul fatto che ciò è una mancanza grave. Si chiedono come ciò abbia potuto accadere e si rispondono che molti fattori possono aver cooperato a ciò: pensare di 'sapere' sull'abuso sessuale, tentare di inquadrare l'abuso online nelle categorie precedenti sull'abuso sessuale all'infanzia, 'silenzianti' che possono aver distolto l'attenzione da questo tema. Non sanno se e come rispondere soprattutto alla sfida terapeutica della permanenza delle immagini. Temono anche di essere travolti dall'impotenza e dal senso di incapacità di aiutare il bambino. Risposte di evitamento del tema sono connesse a questo stato d'animo. Infatti molti dei principi secondo cui si fa terapia con i bambini vittime di CSA non si applicano a questo tipo di abuso. Non si può lavorare sulle distorsioni cognitive di irreparabilità, perché la permanenza di quelle immagini online è veramente irreparabile. Né si può lavorare con la narrativa del trauma e la sua desensibilizzazione come fatti del passato ormai chiuso, perché il danno dovuto alla permanenza delle immagini è continuo, presente e futuro. Molti ammettono di avere problemi con il 'venire a patti' con la permanenza delle immagini e che rispondere ai bambini efficacemente è una sfida terapeutica.

D'altro canto l'abuso online è una realtà con cui fare i conti inevitabilmente. C'è un gran bisogno di maggiore formazione specifica su questi temi sia per quanto riguarda una corretta valutazione

della presenza di questo abuso nei bambini e del suo impatto su di loro, sia per la risposta adeguata da dare.

### *In progress*

Il sapere che è derivato in questo tempo dalla ricerca, epidemiologica ed eziopatogenetica, e dall'esperienza clinica in tema di cura dell'abuso sessuale è ancora in veloce evoluzione. Si delineano tuttavia traiettorie sempre più orientate a obiettivi clinici, di risoluzione o almeno attenuazione di una sofferenza finalmente 'vista' e che non trattata appare una seria minaccia alla salute pubblica. Per contro, l'esigenza di 'provare' che l'esperienza traumatica è avvenuta, specie in giustizia, si è ridotta e talvolta appare come una insidia ai percorsi di cura. Nella visione dei professionisti che continuano ad occuparsi di tutela nelle situazioni che vengono alla luce in tempo reale, che sappiamo essere una minoranza, si affaccia la preoccupazione di caricare di componenti da subito terapeutiche anche i percorsi di validazione e tutela.

L'esigenza di schematizzare e standardizzare le forme più efficaci di presa in carico e terapia e l'esigenza apparentemente opposta di capire sempre meglio e sperimentare nuovi strumenti appaiono talvolta come l'alternarsi di onde e risacca.

Nella traduzione operativa il processo di adeguamento dei professionisti alle acquisizioni della ricerca non risulta né rapido né lineare, lasciando sovente le vittime ancora prive di supporto efficace.

Ulteriori risorse vanno spese nella formazione.

### BIBIOGRAFIA

AACAP (1997) Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36, 10, 423-442.

AACAP (2010) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Posttraumatic Stress Disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 49, 4, 414-430.

AACAP (2011) Practice Parameter for Child and Adolescent Forensic Evaluations, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 50, 12, 1299-1312.

Aarons G.A., Fettes D., Sommerfeld D., Palinkas L. (2012) Mixed methods for implementation research: Application to evidence-based practice implementation and turnover in community based organizations providing child welfare services, *Child maltreatment*, 17, 1, 67-79.

Allen B., Crosby J.W. (2014) Treatment Beliefs and Techniques of Clinicians Serving Child Maltreatment Survivors, *Child Maltreatment*, 19, 1, 49-60.

Allen B., Gharagozloo L., Johnson J.C. (2012) Clinician Knowledge and Utilization of empirically-Supported Treatments for Maltreated Children, *Child Maltreatment*, 17, 1, 11-21.

- Allen B., Johnson J.C. (2012) Utilization and Implementation of Trauma-Focused Cognitive–Behavioral Therapy for the Treatment of Maltreated Children, *Child Maltreatment*, 17, 1, 80-85.
- Barron I.G., Abdallah G. (2015) Trauma Recovery in Interprofessional Cross-Cultural Contexts: Application of an Ethical Framework, *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* , 24, 4, 361-380.
- Carnes C., Wilson C., Nelson-Gardell D., Orgassa U. (2001) Extended forensic evaluation when sexual abuse is suspected: A multi-site field study, *Child Maltreatment*, 6, 3, 230–242.
- Coleman K., Macintosh H.B. (2015) Art and Evidence: Balancing the Discussion on Arts - and Evidence - Based Practices with Traumatized Children, *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 8, 1, 21-31.
- Collins C.M., O’Neill-Arana M.R., Fontes L.A., Ossege J.M. (2014) Catholicism and Childhood Sexual Abuse: Women’s Coping and Psychotherapy, *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, 5, 519-537.
- Connell M. (2009) The extended forensic evaluation. In Kuehnle K., Connell M. (Eds.), *The evaluation of child sexual abuse allegations: A comprehensive guide to assessment*, Hoboken, NJ: Wiley. 451–487.
- Damashek A, Bard D, Hecht D. (2012) Provider cultural competence, client satisfaction, and engagement in home-based programs to treat child abuse and neglect. *Child maltreatment*, 17, 1, 56-66.
- Everson M.D., Sandoval J.M. (2011) Forensic child sexual abuse evaluations: Assessing subjectivity and bias in professional judgements, *Child Abuse & Neglect*, 35, 4, 287–298.
- Haboush K.L., Alyan H. (2013) “Who Can You Tell?” Features of Arab Culture That Influence Conceptualization and Treatment of Childhood Sexual Abuse, *Journal of Child Sexual Abuse*, 22, 5, 499-518.
- Heck N.C., Saunders B.E., Smith D.W. (2015) Web-Based Training for an Evidence-Supported Treatment: Training Completion and Knowledge Acquisition in a Global Sample of Learners, *Child Maltreatment*, 20, 3, 183-192.
- Hovey A., Rye B.J., Stalker C. (2013) Do therapists’ Beliefs about sexual Offending Affect Counseling Practices with Women?, *Journal of Child Sexual Abuse*, 22, 5, 572-592.
- Hovey A., Stalker C., Rye B.J. (2014) Asking Women Survivors about Thoughts or Actions Involving Sex with Children: An Issue Requiring Therapist Sensitivity, *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, 4, 442-461.
- Leslie L.K., Hurlburt M.S., James S., Landsverk J., Slymen D.J., Zhang J., (2005) Relationship Between Entry Into Child Welfare and Mental Health Service Use, *Psychiatric Services*, 56, 8, 981-987.
- Martin J.J. (2013) *Out of Focus: Exploring Practitioners’ Understanding of Child Sexual Abuse Images on the Internet*, Tesi, Faculty of Social Work, University of Toronto.

McPherson P., Scribano P., Stevens J. (2012) Barriers to Successful Treatment Completion in Child Sexual Abuse Survivors, *Journal of Interpersonal Violence*, 27, 1, 23-39.

Self-Brown S., Whitaker D., Berliner L., Kolko D. (2012) Disseminating Child Maltreatment Interventions: Research on Implementing Evidence-Based Programs, *Child Maltreatment*, 17, 1, 5-10.

Shapiro C., Prinz R., Sanders M. (2012) Facilitators and barriers to implementation of an evidence-based parenting intervention to prevent child maltreatment: The triple P-positive parenting program. *Child Maltreatment*, 17, 1, 86-95.

Todahl J.L., Walters E., Bharwdic D., Dubed S.R. (2014) Trauma Healing: A Mixed Methods Study of Personal and Community-Based Healing, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 23, 6, 611-632.

Williams J., Nelson-Gardell D., Coulborn Faller K., Tishelman A., Cordisco-Steele L (2014) Is There a Place for Extended Assessments in Addressing Child Sexual Abuse Allegations? How Sensitivity and Specificity Impact Professional Perspectives, *Journal of Child Sexual Abuse*, 23, 2, 179-197.