

Dare voce al dolore

"Quando ha cominciato ad accarezzarmi le braccia e il viso ho avuto paura e mi sono messo a piangere ma lui non smetteva". Inizia così la drammatica testimonianza di una violenza subita, una storia difficile da raccontare per chi ha solo otto anni, un visetto spaurito e un ciuffo di capelli ribelli che ricadono sugli occhi come a proteggerlo dagli sguardi del mondo. Un racconto che ripercorre purtroppo centinaia di altre storie fatte di abusi e di violenze. Reati odiosi, spesso consumati all'interno delle mura domestiche, difficili da smascherare, e che per questo richiedono l'intervento di operatori specializzati della polizia in grado di stabilire un contatto con le vittime, di conquistarne la fiducia e di cogliere aspetti apparentemente insignificanti ma fondamentali per lo sviluppo delle indagini. Un intervento sempre in bilico tra rispetto dei piccoli testimoni, cui va risparmiato ogni altro inutile trauma, ed esigenze investigative. La validazione Sulla necessità di accertare il reato attraverso l'ascolto del minore e di eventuali testimoni, abbiamo ascoltato Daniela Zambelli dirigente medico della Polizia di Stato, specialista in psicologia clinica: Si tratta di un passaggio delicato che in psicologia definiamo validazione, dall'inglese validation, per indicare la valutazione dei racconti dei bambini che potrebbero aver subito abusi sessuali. In questa prima fase i falsi accusatori, di solito, non riferiscono di essere stati minacciati né sono in grado di raccontare particolari realistici, diventando al contrario vaghi ed evasivi. I bambini che rivolgono accuse false in genere sembrano meno sconvolti quando raccontano il fatto. I più grandi, quando accusano falsamente, tendono a parlare spontaneamente dell'evento e si compiacciono nel dilungarsi nelle descrizioni dei particolari. Così come per la falsità, anche per la veridicità delle accuse esistono degli atteggiamenti rivelatori, una sorta di piccole spie comportamentali. Le storie più credibili; sottolinea la Zambelli; sono quelle raccontate con una certa riluttanza e con particolari che vanno al di là di quanto un bambino di quell'età potrebbe sapere, o quelle in cui i ricordi vengono improvvisamente innescati da un evento qualsiasi della vita di tutti i giorni. Si tratta, è ovvio, di criteri generali che non possono avere valore assoluto: in alcuni casi, ad esempio, le vittime potrebbero dare l'impressione di raccontare una storia non vera, descrivendo quasi con distacco un evento realmente accaduto, come per allontanare il dolore del ricordo. Altre volte invece la presenza di una bugia all'interno della narrazione non significa necessariamente che i bambini stiano mentendo su tutto. Contrariamente a quello che si credeva un tempo chiarisce la psicologa; la validazione non rappresenta più un trauma, ma l'inizio di un vero e proprio processo terapeutico in cui si interrompe la consegna del segreto imposta dall'abuser e si dà finalmente voce al disagio della vittima. Dal punto di vista psicologico è importante che l'ascolto del minore avvenga in locali luminosi e rassicuranti, resi accoglienti dalla presenza di qualche giocattolo e di poster colorati alle pareti. Non dobbiamo dimenticare; aggiunge infatti la Zambelli; lo stato d'animo del bambino, scioccato dalla violenza subita e spaventato dalla sola idea che qualcuno gli possa chiedere di raccontare l'accaduto: ci vuole quindi dolcezza e soprattutto molta, molta pazienza. Ci sono diversi modi per condurre un'intervista con un minore, anche se quello più noto e utilizzato è la step-wise interview, che prevede, tra l'altro, di ottenere quante più informazioni sul presunto episodio di violenza riducendo al massimo gli effetti traumatici ed evitando domande tendenziose o suggestive che possano condizionare le risposte: a volte, infatti, i bambini più piccoli tendono a fornire comunque una risposta, anche se inventata. Dopo aver creato un primo contatto con il bambino; continua la Zambelli; e stabilito che, come in un gioco, si parlerà di cose vere e non inventate si comincerà a indirizzare la conversazione sul presunto episodio di violenza, chiedendo se ci sono persone con cui non gli piace stare e se qualcuna di queste gli ha fatto qualcosa. All'inizio non si dovrà mai citare il nome della persona sospettata o suggerire particolari, lasciando il minore libero di raccontare senza essere corretto o interrotto. Solo nel caso in cui non si ottenga nulla, si passerà alle domande dirette facendo capire al bambino di essere già al corrente dell'episodio: se anche in questo modo non si ottengono risposte, bisognerà ricominciare con pazienza, cambiando argomento o addirittura rimandare l'incontro. In ogni caso, una buona regola e un opportuno suggerimento per l'operatore di polizia è quella di registrare tali colloqui, sgombrando il campo dalle eventuali contestazioni di avere, anche inconsapevolmente, suggestionato il bambino, inducendolo a dare determinate risposte soltanto per compiacere il proprio interlocutore. Classificazione degli abusi Da un punto di vista clinico si possono individuare, in linea di massima, tre tipi di abusi all'infanzia. Maltrattamento: a) fisico, quando il minore è stato vittima o vive nel continuo rischio di lesioni fisiche; b) psicologico, meno evidente ma più sottile e insidioso consiste essenzialmente nel privare il bambino delle necessarie attenzioni, minando il suo senso di autostima. Patologia delle cure: per quanto paradossale possa apparire, si può danneggiare un minore anche con attenzioni eccessive o quantomeno non adeguate. a) Incuria, può essere fisica, come ad esempio la malnutrizione o psicologica, caratterizzata dal fatto che il bambino non è seguito nel suo sviluppo psico-affettivo: di conseguenza sembra soffrire di un ritardo mentale, va male a scuola e ha scarsi rapporti con i suoi compagni; b) discuria, se le cure vengono somministrate in maniera distorta (ad esempio, dare il biberon a un bambino di otto anni); c) ipercura, come nel caso della sindrome di Münchhausen, in cui un genitore, quasi sempre la madre, attribuisce al bambino sintomi e malattie che non esistono, sottoponendolo ad accertamenti ospedalieri e cure inutili. Come sottospecie della sindrome di Münchhausen, abbiamo il chemical abuse, ossia la somministrazione incontrollata da parte del genitore al figlio di sostanze chimiche o farmacologiche e il medical shopping, in cui le visite dal pediatra si susseguono in modo ossessivo. Abuso sessuale: può essere suddiviso a seconda del tipo di legame che esiste tra il minore e l'abusante. a) Intrafamiliare, quando l'adulto coinvolto si trova all'interno dell'ambiente domestico: il padre, il nuovo convivente della madre, lo zio, il nonno o qualche intimo amico di famiglia; b) extra-familiare, caratterizzato dall'interazione sessuale tra un minore e un adulto estraneo. L'abuso assume poi un carattere di tipo pedofilico se è commesso su un bambino in età pre-puberale. In base alle caratteristiche di personalità, e in ordine crescente di gravità e pericolosità, i pedofili si possono classificare in: Omosessuali: ricercano bambini del proprio sesso sentiti come individui da amare e curare. Compulsivi: alternano periodi di normalità; a periodi in cui sono vittime di pressioni pulsionali incompatibili; associate a restringimento dello stato di coscienza. Regressivi: personalità immature, che non riescono a rapportarsi con altri adulti. Perversi: si tratta dei soggetti più pericolosi, in quanto vedono il bambino non come individuo, bensì esclusivamente come oggetto; di soddisfazione sessuale. Indicatori di violenza sessuale Segni fisici: contusioni, graffi (anche lievi) non accidentali alla bocca, ai genitali, al seno, sulle cosce, sulla zona

anale; tracce di liquido seminale sul corpo o sugli indumenti; indumenti intimi lacerati o macchiati di sangue; presenza di malattie sessualmente trasmissibili; difficoltà nel camminare, nel fare attività fisica o nel sedersi; gravidanze precoci (di cui viene tenuta nascosta la paternità). Segni comportamentali; Improvvisi cambi di umore, sensi di colpa e di ansia, di vergogna, di impotenza, passività, pianti improvvisi; alterazioni delle abitudini alimentari (anoressia o bulimia); crolli nel rendimento scolastico e assenze ingiustificate a scuola; tentativi di suicidio, fughe da casa, uso di alcol e sostanze stupefacenti; fobie, atteggiamenti isterici, depressione, malinconia, angoscia, incubi e ossessioni; autolesionismo, enuresi, masturbazione; disegni o atti che suggeriscano la conoscenza di esperienze sessuali non appropriate all'età (specie in bambini piccoli); paura degli adulti o atteggiamento seduttivo, spesso sessualizzato, nei loro confronti; rifiuto delle visite mediche di screening o di spogliarsi per partecipare ad attività sportive.

01/03/2005