

L'abuso

Il termine “abuso” (*child abuse* degli autori di lingua anglosassone) comprende tutti quei comportamenti messi in atto da adulti da cui derivi al bambino un danno fisico, psichico o entrambi. Esso comprende, cioè, i concetti sottesi dai termini *abuso*, *maltrattamento*, *neglect*¹.

L'interesse per il problema è relativamente recente, ed è sorto quando, all'inizio del Novecento, il bambino, le sue patologie, i suoi problemi ed i suoi bisogni hanno cominciato a costituire oggetto di studio da parte di psichiatria, psicologia e sociologia. Il bambino viene visto come soggetto con bisogni suoi propri e diritti da tutelare, ciò che suggerisce la *Dichiarazione dei diritti del fanciullo* (Ginevra, 1925), seguita dalla *Carta dei diritti del fanciullo* (Assemblea generale dell'ONU, 1959).

I primi studi scientifici sul problema, in genere su casi di maltrattamento fisico, furono pubblicati negli anni cinquanta. In Italia si cominciò a considerare il problema come fenomeno non sporadico più tardi (Rezza, De Caro, 1962; Caffo, 1982; Gaddoni *et al.*, 1992).

Le forme di abuso possono essere classificate come segue:

1. *Maltrattamento*:

a) *fisico*: comprende le forme di violenza fisica sul bambino;
 b) *psicologico*: è la forma più diffusa, e, insieme, la più difficile da evidenziare e comprende tutte quelle azioni che, agendo a livello di rapporto interpersonale, possono influire negativamente sullo sviluppo psicologico del minore.

2. *Patologia della fornitura di cure (neglect)*. Comprende tutte le forme di inadeguatezza delle cure necessarie al bambino, sia sul piano

1. Il termine “maltrattamento” allude, di regola, alle violenze fisiche sul bambino. Con il termine *neglect* (traducibile letteralmente come “trascuratezza”) si indicano tutte le forme patologiche di cura del bambino, quindi non solo la carenza di cure ma anche altre forme di abuso nella loro fornitura.

fisico che psichico, qualitativamente e quantitativamente. Si distinguono:

a) *incuria*, cioè difetto di cura;

b) *discuria*, cioè cure qualitativamente inadeguate rispetto agli autentici bisogni del bambino anche in rapporto al momento dello sviluppo;

c) *ipercura*, cioè eccesso di cure rispetto alle necessità, tanto da distorcere il concetto di "cura" rendendola misura dannosa (*sindrome di Münchhausen per procura; medical shopping; chemical abuse*).

3. *Abuso sessuale*: tutti i casi in cui viene compiuta violenza sessuale sul minore, quali che ne siano le modalità.

17.1

Maltrattamento fisico

I sintomi somatici possono essere di vario tipo: ecchimosi, ematomi, fratture, segni di bruciate ecc. Nelle forme di maltrattamento cronico si possono presentare anche sintomi non direttamente provocati dagli atti violenti (ritardi di crescita staturponderale, ipotrofia ecc.).

Di regola al maltrattamento cronico si associano sintomi a livello psichico. Tra questi, disturbi di comportamento (manifestazioni di ansia e di dipendenza dall'adulto, inibizione e diffidenza eccessiva oppure assenza di inibizioni ed assenza del normale riserbo che nel bambino accompagna la fisiologica paura dell'estraneo e l'ansia di fronte alle prospettive di distacco dai genitori), problemi a livello scolastico (difficoltà di attenzione, iperattività, insuccesso scolastico), sintomi d'ansia e di depressione con tendenza all'autosvalutazione e sentimenti di colpa².

17.2

Maltrattamento psicologico

È la forma più diffusa di abuso e ad essa sono legate conseguenze sulle strutture psicologiche infantili, «spesso le più distruttive e persistenti tra le conseguenze di maltrattamento infantile» (Cofano, Oldani, 1993) ma, contemporaneamente, è quella meno conosciuta soprattutto perché è la più difficile da definire e circoscrivere.

2. L'insorgere di sentimenti di colpa è facilmente spiegabile sul piano dinamico se si pensa che è più facile per il bambino considerare se stesso "cattivo" piuttosto che accettare di vedere il genitore come tale, in quanto ciò gli toglierebbe le sicurezze

Da una parte, infatti, il danno a livello psicologico è legato a qualsiasi altra forma di abuso, in quanto ogni forma di atto abusante, sia che si tratti di atto nel senso stretto del termine o che si tratti di una omissione, ha anche il valore di messaggio a contenuto destabilizzante, rifiutante, svalutante che è tipico dell'abuso psicologico.

Dall'altra parte vi è la tendenza a circoscrivere il concetto di abuso psicologico (Cofano, Oldani, 1993) a quelle azioni od omissioni che, «sulla base della combinazione degli standard culturali e delle conoscenze scientifiche, sono considerati dannosi sul piano psicologico». Tali atti od omissioni devono essere commessi «individualmente o collettivamente, da persone che per le loro caratteristiche (età, status, conoscenze, ruolo...) si trovano in una posizione di potere rispetto al bambino», tale da rendere quest'ultimo più vulnerabile di fronte a messaggi negativi.

Si tratta di pratiche o atteggiamenti che compromettono in modo immediato o a lungo termine il comportamento, lo sviluppo affettivo, le capacità cognitive o le funzioni fisiche del bambino. Forme di maltrattamento psicologico sono ad esempio atteggiamenti «di rifiuto, svalutazione, minaccia, isolamento, corruzione, sfruttamento, indifferenza» (Cofano, Oldani, 1993). Inoltre, per parlare di abuso psicologico è richiesto un altro elemento: atti od omissioni, per essere tali, non devono essere fenomeno sporadico ma un modo costante e ripetuto nel tempo di mettersi in relazione con il bambino.

Da questa definizione emerge, anzitutto, che non può essere considerato abuso un eventuale errore pedagogico in cui qualsiasi adulto può occasionalmente incorrere né una situazione di temporaneo disagio familiare. Per parlare di abuso è necessario, invece, che l'atto o l'omissione rispecchi un particolare tipo di relazione abnorme tra adulto e bambino, organizzata con schemi rigidi e difficilmente modificabili. I danni che esso può provocare nel bambino rivestono carattere di particolare gravità per una serie di fattori (Marinucci, 1998): l'inizio molto precoce, il fatto che esso agisca per un tempo molto prolungato prima che i suoi effetti diventino manifesti, le modalità con cui viene attuato. Esso, infatti, è realizzato di regola indirettamente, attraverso messaggi di tipo paradossale, tale, cioè, che qualsiasi comportamento di risposta risulti scorretto. Mentre di fronte a una violenza fisica o di fronte a un messaggio negativo ma esplicito

legate alla presenza di un adulto positivo nei suoi confronti e, quindi, rassicurante. Da ciò consegue che, a livello più o meno conscio, il bambino che subisce maltrattamenti colleghi questi ultimi al fatto di averli meritati con il suo comportamento.

il bambino può, comunque, organizzare meccanismi difensivi che gli permettano di strutturare una sua personalità, di fronte ad un messaggio di tipo paradossale, che egli non riesce a decodificare come tale, non è possibile neppure organizzare difese di tipo oppositivo.

L'abuso psicologico può nascere in situazioni e per cause diverse ma, fondamentale, è sempre riconducibile ad un rapporto adulto-bambino in cui il genitore non riesce a cogliere i bisogni del figlio e la sua stessa esistenza come individuo.

Ciò si può verificare per cause diverse (Marinucci, 1998). Si può avere una patologia di coppia o individuale che induce a un rifiuto del figlio già prima della sua nascita oppure che fa sì che il modello di figlio ideale, fantasticato, prevalga sull'immagine del figlio reale, a cui viene richiesto, implicitamente sotto la minaccia di perdita di amore, di essere diverso da ciò che è; possono esistere meccanismi di identificazione proiettiva dei genitori sul figlio, per cui questo viene considerato come un oggetto da manipolare per renderlo simile al modello elaborato o per soffocare in lui personali pulsioni rifiutate. Oppure i genitori possono vedere nel figlio il mezzo per raggiungere traguardi a livello sociale, economico, di realizzazione personale, a cui essi stessi non sono riusciti ad arrivare, così da utilizzarlo per realizzare le proprie fantasie compensatorie. Altra volta esiste nel genitore l'immagine del bambino come essere da proteggere ed al quale evitare qualsiasi frustrazione o, al contrario, vi è il tentativo di forzare il figlio a raggiungere ad ogni costo traguardi ritenuti socialmente appetibili ignorando le autentiche esigenze del figlio. Un caso particolare è quello che si verifica in alcune separazioni conflittuali, nelle quali il figlio viene strumentalizzato da uno dei genitori per colpevolizzare l'altro o per "allearsi" con uno dei due rifiutando l'altro.

In tutte queste situazioni i bisogni autentici del bambino e le caratteristiche stesse della sua personalità non possono emergere e strutturarsi adeguatamente e si ha la creazione di un "falso Sé", che il bambino struttura dietro le pressioni dei genitori per evitare l'angoscia dell'abbandono e della perdita dell'amore parentale.

Ne possono derivare conseguenze gravi come ritardo dello sviluppo motorio e del linguaggio, disturbi del comportamento alimentare, del sonno; sono frequenti problemi a livello scolastico in relazione a difficoltà di apprendimento, disturbi della socializzazione che è quasi sempre ostacolata dai genitori, eccessiva presenza di paure o aggressività che, talvolta, può organizzarsi in comportamenti dissociali, perdita dell'autostima e non è infrequente la strutturazione, nella tarda adolescenza, di un disturbo borderline di personalità.

17.3 Incuria

Si ha incuria quando gli adulti responsabili non provvedono adeguatamente ai bisogni del bambino, sia sul piano fisico (cura della nutrizione, della persona, della salute) che psichico (trascuratezza per i bisogni affettivi fino all'abbandono).

Le madri di questi bambini sono, di regola, distaccate, scarsamente coinvolte nella relazione con il figlio, anaffettive. Sovente presentano tratti di tipo depressivo.

I bambini oggetto di questo tipo di abuso presentano tipici segni di trascuratezza nell'aspetto fisico sia sul piano dell'igiene che secondari a problemi dell'alimentazione (segni di denutrizione oppure obesità). Spesso lo sviluppo somatico è inadeguato rispetto all'età cronologica e si ritiene che ciò abbia origine psicosomatica, in quanto non vi sono né fattori ereditari né endocrinologici che lo giustifichino. Anche lo sviluppo psicomotorio può subire ritardi. A livello di comportamento si osservano astenia, disturbi dell'attenzione, carente rendimento scolastico in rapporto sia con problemi di apprendimento sia con l'assenteismo, in quanto i minori possono essere inseriti precocemente in attività extrascolastiche (lavoro, criminalità), abuso di sostanze stupefacenti. È riportata anche una maggiore frequenza di incidenti domestici, come ingestione di sostanze tossiche legata all'incuria.

17.4 Discuria

Nel caso della discuria non si verifica trascuratezza (*neglect*), ma le cure fornite non sono adeguate ai veri bisogni, talora all'età dello sviluppo del bambino, sia sul piano somatico che psichico.

Costituisce discuria il ricevere cure inadeguate all'età cronologica (es. alimentazione o interventi pedagogici che sarebbero adeguati ad età diversa), imposizioni eccessive rispetto alle possibilità del bambino, come, per esempio, la pretesa che egli raggiunga prestazioni che il suo sviluppo psicologico non gli permette.

La conseguenza di ciò è che vengono favoriti sentimenti di autovalutazione, viene ostacolata la socializzazione e, sovente, anche una corretta evoluzione sul piano della maturazione. Come nel caso della mancanza di cure sopra descritta, si hanno insuccesso scolastico e ridotta capacità di apprendimento, disturbi d'ansia e – soprattutto – problemi a livello della relazione di attaccamento con la figura ma-

terna, da cui derivano insicurezza, dipendenza eccessiva nei confronti della figura dell'adulto, scarsa autonomia.

17.5 Ipercure

Nell'ipercure si comprendono cure inadeguate qualitativamente e quantitativamente. Essa si concretizza in diverse forme.

17.5.1. La sindrome di Münchhausen per procura

Nell'adulto, la sindrome di Münchhausen³ è caratterizzata da eccessive quanto ingiustificate preoccupazioni per il proprio stato di salute che inducono il paziente a consultare sempre nuovi medici, sottoponendosi ad accertamenti molteplici e anche ad interventi chirurgici. Per ottenere gli uni e gli altri i soggetti giungono a provocarsi artificialmente i sintomi e ad alterare gli esami clinici al fine di ottenere l'intervento medico. La sindrome compare in personalità affette da un grave disturbo di personalità e può avere conseguenze invalidanti sia perché tutta l'attenzione del soggetto è polarizzata sulle sue condizioni di salute, ciò che impedisce una vita lavorativa e sociale normale, sia per le conseguenze dirette degli interventi medici.

La sindrome di Münchhausen per procura si ha quando il genitore, di solito la madre, portatrice di un disturbo di personalità, invece di dirigere il suo interesse sul proprio corpo lo polarizza su quello del figlio, che diviene oggetto delle attenzioni sopra descritte. Viene richiesto l'intervento medico per sintomi inesistenti che la madre riesce a descrivere come autentici e che, sovente, provoca per sostenere le proprie richieste di accertamenti e cure, riuscendo ad alterare il referto di esami clinici e di laboratorio con stratagemmi vari.

Sovente si tratta di donne con una certa istruzione, soprattutto nel campo medico; appaiono fortemente interessate e attente alla salute del figlio ma, ad un esame accurato, emerge il loro desiderio di porsi al centro dell'attenzione per le loro capacità di madri e la loro premura nei confronti della salute della prole. A loro volta esse appaiono spesso molto dipendenti dalla propria madre. Nella loro storia

3. Dal nome del barone di Münchhausen, vissuto nel Settecento, di cui sono noti i racconti fantasiosi ed esagerati dei suoi viaggi, raccolti in un libro (*Le avventure del barone di Münchhausen*) da R. E. Raspe.

si trova in genere il dato anamnestico di un abuso, spesso di tipo sessuale, subito.

Nella loro struttura di personalità predominano valenze ansiose e tratti depressivi, con ambivalenza e tendenza ad utilizzare difese basate su negazione e proiezione; sovente si riscontra una vera e propria patologia psichiatrica, quale disturbo borderline o psicosi.

È tipica, in questi contesti familiari, la figura di un padre assente o disinteressato ai problemi del figlio.

A parte il danno fisico che talora il bambino può subire a causa degli interventi materni miranti a simulare qualche tipo di malattia o degli interventi medici, il danno a livello psicologico è spesso ingente. Vi sono problemi scolastici, legati anche alle frequenti assenze da scuola a causa di periodi di ricovero in ospedale, problemi di rapporto con i coetanei, frequenti disturbi psicosomatici. Tipica, come nell'abuso psicologico, è la formazione di un "falso Sé", con cui il bambino cerca inconsciamente di adattarsi all'immagine di sé che gli viene rimandata dalla madre. Fa parte di questo modo d'essere la "complicità" che il bimbo offre alla madre, aiutandola a simulare il suo stato di malattia. Il fatto di essere malato, infatti, è visto dal bambino come un modo di soddisfare la madre, evitando l'abbandono. I bambini più piccoli vivono spesso la malattia come una "punizione" meritata, ciò che li fa ancora più succubi di una madre che non possono accettare come negativa.

In qualche caso un comportamento materno sovrapponibile a quello della sindrome descritta è adottato temporaneamente, in momenti di particolare crisi della madre che, però, accetta l'intervento sulla propria patologia, collaborando al superamento del problema. Viene considerato come una particolare modalità di richiesta di aiuto per superare i propri problemi psicologici (*help seekers*).

17.5.2. Il Doctor shopping per procura

Simile alla sindrome di Münchhausen per procura è il cosiddetto *Doctor shopping per procura*, in cui la madre proietta sul bambino le proprie valenze ipocondriache, esagerando le preoccupazioni per la salute del figlio. Si tratta peraltro, in questo caso, di vere preoccupazioni e la madre non mette in atto alcuna strategia per simulare uno stato morboso. Al contrario, essa può essere rassicurata quando si escluda ogni patologia nel figlio. Analogo è il cosiddetto *abuso chimico*, che si verifica attraverso la somministrazione eccessiva o inadeguata di sostanze ad azione farmacologica o tossica.

17.5.3. La sindrome da indennizzo

Un posto particolare tra le forme di discuria è occupato dalla cosiddetta *sindrome da indennizzo per procura*. Nell'adulto, la sindrome da indennizzo è rappresentata da somatizzazioni che di norma compaiono in seguito a trauma cranico e consistono in cefalee, vertigini soggettive, disturbi della memoria e della concentrazione; tipica caratteristica della sindrome è l'insorgenza in situazioni nelle quali un trauma è seguito da richiesta di risarcimento e la sua scomparsa dopo che il danno è stato indennizzato e il contenzioso sorto in merito è definitivamente concluso. Nel caso della sindrome da indennizzo per procura è il bambino che eventualmente sia stato vittima di incidente a convincersi di essere affetto da tali sintomi in seguito a suggestione da parte dell'adulto.

17.6

Abuso sessuale

È forse, attualmente, il tipo di abuso su cui maggiormente si polarizza l'attenzione dei media. Consiste nel coinvolgere il bambino, consenziente o meno ma, per le stesse caratteristiche della sua struttura psichica, sempre incapace di comprendere pienamente, in attività sessuali che possono essere di tipo vario: dall'atto sessuale vero e proprio fino alla masturbazione, ad attività pornografiche, all'esibizionismo ecc. Per essere definito "abuso" tale coinvolgimento deve essere attuato da un adulto o, comunque, da persona significativamente maggiore di età, o essere compiuto mediante l'uso della violenza e della coercizione.

Vi sono diversi modi di classificare tali abusi, a seconda del punto di vista sotto cui lo si considera, dando maggior valore, di volta in volta, all'ambiente o alla situazione in cui si verifica, alle modalità di coinvolgimento del bambino, al tipo di abuso.

Finkelor e Korbin (1988) distinguono l'abuso sessuale a seconda delle caratteristiche di chi lo esercita o del contesto in cui avviene: da parte di un genitore; da parte di parenti o conoscenti; da parte di individui estranei; la prostituzione minorile; lo sfruttamento per la produzione di materiale pornografico. Per quanto riguarda l'autore dell'abuso, si distingue fondamentalmente l'abuso *intrafamiliare* da quello *extrafamiliare*; nell'ambito del primo si parla di abusi sessuali "manifesti", di "abusi sessuali mascherati" e di "pseudoabusi".

Gli abusi *manifesti* vedono come vittima il più delle volte una fi-

glia femmina, mentre l'abusante può essere il padre, il convivente o il secondo marito della madre; vi sono, però, anche casi più rari in cui l'abusante è la madre e la vittima il figlio maschio; abusanti possono essere con una certa frequenza, specie in determinati contesti socio-culturali, i fratelli maggiori e, talora, i nonni.

Per abuso *mascherato* si intendono pratiche igieniche o sanitarie, toccamenti ecc., che si definiscono "sessualizzate" in quanto praticate con modalità inadeguate e con il fine più o meno conscio di raggiungere una soddisfazione sessuale.

Pseudoabusi sono abusi denunciati ma non autenticamente avvenuti.

Ciò può verificarsi in caso di patologie deliranti o di convinzioni errate da parte dell'adulto a proposito di un abuso subito dalla figlia o dal figlio. Sovente il genitore denunciante proietta nel suo racconto un abuso di cui fu vittima a sua volta in età infantile.

Oppure, attualmente con notevole frequenza, false denunce di abuso sono fatte nel corso di separazioni fortemente conflittuali, generalmente dalla madre, al fine non solo di ottenere l'affidamento della prole ma anche per allontanare definitivamente quest'ultima dalla figura paterna. Spesso le modalità con cui ciò avviene sono tali da coinvolgere pesantemente il figlio, inducendo in lui la convinzione che l'abuso sia autentico (ciò che è possibile grazie alla suscettibilità alla suggestione legata alle strutture psicologiche del bambino, tanto più evidente quanto più precoce è l'età di quest'ultimo), o inducendolo ad appoggiare con la sua testimonianza la denuncia della madre, e tutto ciò avviene, di regola, con modalità e conseguenze negative sulla psiche del minore, tanto da configurare un vero e proprio abuso psicologico. Sono un fenomeno particolarmente negativo in quanto rendono difficile distinguere i casi in cui vi è stato autentico abuso da quelli in cui ciò non si è materialmente verificato.

Vi possono essere false denunce di abuso anche da parte di figlie, in genere adolescenti, che le considerano un mezzo per fuggire una situazione familiare vista, a torto o a ragione, come intollerabile.

Il profilo del soggetto che commette abuso sessuale può essere di vario tipo, ma le caratteristiche più frequentemente riscontrate sono l'incapacità di stabilire rapporti interpersonali autentici soprattutto a livello sessuale, dove la reciprocità della relazione può suscitare insicurezza ed ansia, mentre la scelta di un partner che più facilmente possa essere collocato nel ruolo di oggetto, evitandone giudizi e critiche, risulta rassicurante, e la ricerca di gratificazioni sessuali di tipo

sadico, ottenute con un soggetto su cui è più facile esercitare violenza rispetto a quanto sarebbe possibile con un partner adulto. È, comunque, sempre in rapporto con il desiderio di prevalere, di dominare su un essere più debole.

Vi sono altresì caratteristiche del minore che possono rendere più probabile il rischio di abuso. Anzitutto vi sono caratteristiche legate al genere: l'abuso sessuale è significativamente più frequente sulle femmine. Inoltre, le vittime sono spesso portatrici di handicap psichico, soprattutto l'insufficienza intellettiva, o di tratti di passività e dipendenza o soggetti che soffrono di carenze affettive o che vivono in un ambiente familiare carente sul piano affettivo e socioeconomico.

Oltre ad eventuali e non infrequenti conseguenze negative sul piano fisico, il minore vittima di abuso sessuale presenta sintomi a breve e lungo termine di un danno psicologico evidente a livello di comportamento e di sviluppo psichico. Come conseguenza a breve termine si hanno sovente reazioni di paura e di rabbia. La paura può avere come oggetto l'abusante o, in generale, la figura d'altri; vi possono essere paure più specifiche, quale quella di essere punito o di poter essere causa della rottura dei rapporti familiari, o di poter perdere la stima e l'affetto dell'adulto. La rabbia può avere come bersaglio l'adulto abusante o chi non è stato in grado di proteggerlo, oppure se stesso. In questo caso, è legata a sentimenti di colpa che nascono sia dal fatto che percepisce se stesso o come collaborante o come incapace di difesa nei confronti dell'abuso, sia dal suo comportamento dopo l'abuso (vi sono sentimenti di colpa sia nel caso che abbia denunciato l'abuso, suscitando conseguenze negative per altri, sia nel caso che lo abbia taciuto, ciò che lo fa sentire "complice"). Possono comparire fobie, ansia, depressione con scarsa valutazione di sé e sentimenti di impotenza e inadeguatezza; si verificano, di regola, problemi a livello di rapporto interpersonale, con ritiro dalle attività sociali e riduzione degli interessi, problemi di rendimento scolastico, disturbi del sonno, modificazioni di comportamento, che può divenire o eccessivamente passivo e succube o troppo aggressivo. Non infrequenti sono i sintomi somatici, quali dolori addominali e cefalea, disturbi delle condotte alimentari. Conseguenza dell'abuso può essere anche un aumento di interesse per la sfera sessuale, testimoniato da giochi o domande. A lungo termine si possono sviluppare tendenze a comportamenti devianti, come fughe, comportamenti delinquenziali, aggressività agita in diversi contesti, abuso di sostanze.

17.7

La famiglia abusante e il minore oggetto di abuso

Numerosi studi hanno cercato di valutare se vi siano caratteristiche particolarmente frequenti nelle famiglie e nella vittima.

I risultati a proposito dell'età sono controversi: prevale l'opinione che i genitori, soprattutto la madre, siano sovente in età molto giovane, anche se sono stati riscontrati casi di abuso agiti da genitori di ogni fascia d'età. L'età molto giovane spiegherebbe la difficoltà ad assumere con piena responsabilità il ruolo di genitore, anche perché possono essere più frequenti in queste coppie situazioni di conflitto, dato che anche lo stesso vincolo matrimoniale può essere stato accettato in modo meno responsabile e maturo.

Sono stati riscontrati con una certa frequenza alcolismo e disturbi psichici, uno status socioeconomico sfavorevole e, soprattutto, condizioni di isolamento con scarsi contatti sociali.

Molto più spesso è stato riscontrato il dato anamnestico di una esperienza di abuso nel genitore abusante, ciò che ha fatto ritenere che vi sia la tendenza a ripetere con il figlio le esperienze negative vissute nella propria infanzia.

17.8

Diagnosi e interventi terapeutici

È affermazione ovvia, nel caso dell'abuso, che una diagnosi precoce è quanto mai necessaria, ed in essa sono particolarmente coinvolti soggetti estranei al contesto familiare, come insegnanti ed educatori, a cui spetta il compito di valutare con la massima tempestività tutti quei segni che possano far sospettare che un minore possa essere vittima di abuso. Infatti è molto difficile che sia la famiglia a chiedere l'intervento di medici e specialisti, come avviene nel caso di altre patologie, sia a causa dell'ovvia reticenza all'autodenuncia sia perché, in alcune situazioni, per esempio nel caso di abuso psicologico, la famiglia stessa può non avere piena coscienza di esercitare abuso sul figlio.

In molti casi sarà necessario sottrarre il minore alla famiglia abusante, utilizzando anche provvedimenti di affido temporaneo o di adozione da parte di una famiglia più idonea. Spesso si potranno ottenere risultati utilizzando una terapia che coinvolga non solo il minore (terapia individuale) ma la famiglia al suo completo, dato che frequentemente l'abuso si inserisce nell'ambito di distorte rela-

zioni tra i membri della famiglia, che si può tentare di chiarire e correggere.

Bibliografia

- CAFFO E. (1982), *Abusi e violenze all'infanzia*, UNICOPLI, Milano.
- COFANO C., OLDANI M. (1993), *Maltrattamento psicologico. Aspetti psicologici del maltrattamento infantile*, in M. Cesa-Bianchi, E. Scabini (a cura di), *La violenza sui bambini*, II ed., Franco Angeli, Milano.
- FINKELOR D., KORBIN J. (1988), *Child Abuse as an International Issue*, in "Child Abuse and Neglect", 12, pp. 3-23.
- GADDONI S., BATTACCHI M. W., MIGLIACCIO F. M. (1992), *Il ciclo dell'abuso: studio epidemiologico sul maltrattamento infantile*, in "Bambino Incompiuto", 2, pp. 25-34.
- KEMPE R., KEMPE C. H. (1978), *Le violenze sul bambino*, trad. it. Armando, Roma 1980.
- MARINUCCI S. (1998), *Le situazioni di abuso psicologico*, in F. Montecchi (a cura di), *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, Franco Angeli, Milano.
- MONTECCHI F. (a cura di) (1991), *Prevenzione, rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia*, Borla, Roma.
- ID. (1994), *Gli abusi all'infanzia*, Carocci, Roma.
- REZZA E., DE CARO B. (1962), *Fratture ossee multiple in lattante, associate a distrofia, anemia e ritardo mentale (sindrome da maltrattamenti cronici)*, in "Acta Paediatrica Latina", 15, pp. 121-39.