

# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - DPSS

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica dello Sviluppo

Tesi di Laurea Magistrale

**La violenza minorile, le sue vittime e le possibili trasformazioni.**

*Una ricerca d'archivio presso la comunità Welcome (2011-2022)*

Child violence, its victims and possible transformations.

*Archival research in the Welcome center (2011-2022)*

**Relatrice:** Prof.ssa Silvia Salcuni

**Laureanda:** Antonia Daloiso

**Matricola:** 2017398

**Anno accademico: 2022/2023**



## INDICE

INTRODUZIONE.....	5
1. INQUADRAMENTO TEORICO	
1.1 Le origini della violenza infantile .....	6
1.1.2 Violenza infantile: modalità ed epidemiologia .....	8
1.2 Incuria emotiva .....	10
1.2.1 Incuria fisica .....	11
1.3 Maltrattamento fisico .....	12
1.3.1 Maltrattamento psicologico .....	14
1.4 Abuso sessuale .....	16
1.5 Tratta e prostituzione .....	18
1.6 Fattori di rischio e fattori di protezione .....	21
2. FATTORI LEGATI ALLA VIOLENZA INFANTILE: UN'ANALISI DELLA LETTERATURA	
2.1 Violenza e attaccamento .....	24
2.2 Violenza e autostima .....	28
2.3 La violenza e conseguenze neurobiologiche .....	29
2.4 Violenza e disregolazione emotiva e degli impulsi .....	31
2.5 Violenza e relazioni interpersonali.....	35
2.6 L'autolesionismo: definizione ed epidemiologia .....	36
2.6.1 Violenza e autolesionismo .....	37
2.7 Abuso di sostanze: definizione ed epidemiologia.....	38
2.7.1 Violenza e abuso di sostanze .....	39
2.8 Conseguenze dell'affido nei giovani vittime di violenza.....	40
3. LA RICERCA	
3.1 Obiettivo della ricerca e ipotesi .....	42
3.2 Partecipanti .....	45
3.3 Procedura .....	47
3.4 Analisi dei dati .....	49

4. RISULTATI	
4.1 Autostima .....	52
4.2 Relazioni interpersonali .....	52
4.3 Disregolazione emotiva e degli impulsi .....	57
4.4 Autolesionismo .....	58
4.5 Abuso di sostanze .....	59
4.6 Tratta e prostituzione .....	60
5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI	
5.1 Risultati dell'analisi d'archivio e delle ipotesi di ricerca .....	62
5.2 Limiti della tesi e direzioni di ricerca future .....	67
5.3 Suggestimenti di miglioramento delle prassi .....	67
CONCLUSIONE .....	69
BIBLIOGRAFIA .....	70
SITOGRAFIA .....	95

## INTRODUZIONE

*Darkness cannot drive out darkness: only light can do that.  
Hate cannot drive out hate: only love can do that.  
Hate multiplies hate, violence multiplies violence,  
and toughness multiplies toughness in a descending spiral of destruction.*

Martin Luther King

Di violenza se ne parla tutti i giorni: sul web, in tv, nei libri e nelle riviste; di violenza ne parlano tutti: politici, giornalisti, vittime, carnefici, persone. Eppure, probabilmente non se ne parla abbastanza se tutto questo continua a succedere, non si educa abbastanza se i dati sono in costante aumento. La violenza è una tematica che ha un panorama storico e geo-politico così vasto da essere fonte inesauribile di discussione e proprio per questo qui se ne vuole discutere, tenendo in considerazione le protagoniste di queste vicende: vittime e non solo numeri.

La prima parte di questo lavoro di tesi si occupa di inquadrare a livello teorico l'origine della violenza infantile e i diversi tipi: incuria emotiva, incuria fisica, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico e abuso sessuale. Inoltre, indaga anche sul fenomeno della tratta e della prostituzione, analizzandolo e raccontandolo partendo proprio dalle sue vittime. La violenza è un fenomeno complesso, devastante, che provoca molteplici conseguenze e viene affrontato in maniera diversa da ogni individuo; è anche vero che ci sono alcuni comportamenti, conseguenze e modi di affrontarla che accomunano le vittime ed è proprio su alcune di queste che si concentra il secondo capitolo di questa tesi: attaccamento, autostima, conseguenze neurobiologiche, disregolazione emotiva e degli impulsi, relazioni interpersonali, autolesionismo e abuso di sostanze. Analizzare e presentare la letteratura su questa tematica era essenziale per sviluppare il lavoro di ricerca che segue nei capitoli successivi (3, 4 e 5): partendo dalla possibilità di avere come campione tutte le ragazze che risiedevano nella comunità educativa Welcome, posto in cui ho svolto il mio tirocinio curriculare, si è avuta l'idea di avviare una ricerca d'archivio che coprisse gli anni 2011-2022 e di verificare la presenza o meno di alcune variabili che, secondo la letteratura, sono spesso rintracciabili nelle vittime di violenza. Il fine di questo lavoro è quello di delineare alcuni rischi predicibili dovuti all'esperienza di maltrattamento, con la speranza che prima o poi queste esperienze diminuiscano sempre più o che, almeno, le vittime siano aiutate nel miglior modo possibile.

## CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO TEORICO

### 1.1 Le origini della violenza infantile

Considerare il bambino come possibile vittima di abusi da parte dell'adulto è un'eventualità attualmente realizzabile, anche se non auspicabile, che quando si verifica porta all'attivazione di tutti i servizi necessari affinché il minore possa essere salvato e gli abusatori possano essere giudicati dalla legge, ma non è stato sempre così.

I bambini venivano spesso considerati come individui non formati che potevano essere plasmati anche con metodi rudi come le punizioni corporali finché pian piano sono stati considerati persone fragili da proteggere e formalmente il primo passo importante è stato sancito dall'approvazione a Ginevra della "Dichiarazione dei diritti del fanciullo" nel 1924. Un altro atto rilevante avviene nel 1959 attraverso l'approvazione della "*Carta dei diritti del fanciullo*" da parte dell'assemblea generale dell'ONU (Organizzazione delle Nazioni Unite) che elenca tutti i diritti dei bambini, tra cui quello alla nascita, al gioco, all'istruzione e alla protezione da discriminazioni razziali e religiose. È sempre l'ONU a promulgare nel 1989 la "*Convenzione internazionale sui diritti all'infanzia*" e successivamente il "*Protocollo alla Convenzione dei diritti del fanciullo sulla vendita, la prostituzione dei bambini e la pornografia rappresentante bambini*" nel 2000. Queste iniziative legislative evidenziano la nuova concezione del bambino che pian piano si diffonde e sono state promotrici delle successive modalità di rilevamento e intervento (Montecchi, 2006, pag. 21).

In Italia si inizia a prestare attenzione al fenomeno degli abusi infantili negli anni 80 e questo passaggio è sancito dall'istituzione di linee telefoniche dedicate ai bambini, come il Telefono Azzurro che è uno strumento attraverso il quale chiedere aiuto in caso di situazioni emergenziali vissute dai bambini. Nel 1993 nasce il Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) e da qui il tema dell'abuso e del maltrattamento assumerà una funzione sempre più importante e si proverà a prevenirlo, arginarlo o curarlo. Ma oggi che definizione e quali conseguenze ha la violenza infantile? (Montecchi, 2006).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con il termine "maltrattamento infantile" si indicano "tutte le forme di maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, trascuratezza e sfruttamento perpetrate su minori di 18 anni che minano il loro sviluppo, la loro salute e la dignità; secondo le statistiche 1 bambino/a su 2 è vittima di violenza nel mondo" (Demofonti, 2014, pag. 2).

Secondo il modello ecologico di Belsky (1980; 1993), per comprendere l'origine del maltrattamento bisogna considerare quattro fattori eziologici che inevitabilmente interagiscono e si influenzano tra

loro. Questi quattro livelli sono: *ontologico* che include le caratteristiche del genitore maltrattante; *microsistema* che comprende le caratteristiche del contesto familiare; *esosistema* che racchiude i fattori economici e sociali; *macrosistema* che riguarda le determinanti culturali. Per quanto ogni livello sia importante e possa influenzare positivamente o negativamente lo sviluppo del bambino, il livello ontogenetico è il più significativo e predittivo dell'esito maltrattante; infatti, la personalità e il comportamento dei genitori influenzano il livello di funzionamento familiare e agiscono sulle caratteristiche del bambino e del suo sviluppo psicologico, nonché, in prospettiva, sulla trasmissione intergenerazionale dell'abuso (Di Blasio, 2000).

Per riconoscere e ascoltare i bisogni del proprio figlio è necessario che i genitori creino dentro di loro uno spazio mentale per il bambino, sin dalla gravidanza, in modo da considerarlo individuo dipendente, eppure diverso da sé; tuttavia può accadere che non si sia riusciti a creare un proprio spazio di ascolto, per cui le problematiche inconsce presenti, ma mai rilevate ed ascoltate potrebbero influenzare in negativo la capacità del genitore di accogliere il proprio figlio. Il bambino potrebbe diventare il depositario di proiezioni da attaccare, controllare o proteggere in quanto l'impossibilità di simbolizzare e mentalizzare il disagio emotivo sfocia in agito (Fordham 1976; Montecchi 1998).

L'apporto genitoriale è così rilevante perché in grado di plasmare, volontariamente o meno, alcuni comportamenti del bambino. Dal primo giorno di vita il bambino ha bisogno di un'alimentazione esterna che deve essergli fornita, che oltre ad essere vitale per la sopravvivenza fisica, è anche un precursore del dialogo che sarà più visibile dai tre mesi in poi. Pur non essendoci intenzionalità condivisa con l'adulto da parte del bambino, si verificano egualmente comportamenti di scambio e si sviluppano le prime regolarità, basate anche sui ritmi innati del bambino. In un contesto inadeguato tutto ciò non avviene e mancando la nutrizione fisica e/o il rapporto dialogico e affettivo che si sviluppa con questo scambio, la qualità della relazione inizia già ad essere intaccata (Trevarthen, 1984).

Le difficoltà di rapporto precoce con la figura di riferimento, unite alle disfunzioni e irregolarità del ritmo interattivo sono dannosi su due fronti: da una parte inducono disagio nel piccolo, dall'altra condizionano le rappresentazioni dell'adulto che inizia a costruirsi l'idea di un bambino ostile, irrequieto e dal temperamento difficile; questa concettualizzazione porterà il genitore a mostrare messaggi emotivi negativi e non congrui e di conseguenza il bambino sarà prevedibilmente disorientato. Il rifiuto emotivo provoca nel piccolo un alto livello di rabbia fin dai tre mesi, disforia, attività ridotta e ritiro sociale; questo inciderà e danneggerà alcuni tra i basilari meccanismi di regolazione e acquisizione delle competenze emotive. Si è notato che le madri trascuranti o

entrambi i genitori tendono a mostrare un numero di emozioni ridotto, quelli maltrattanti accentuano le emozioni negative e portano il bambino a sviluppare un'immagine di sé negativa e in entrambi i casi interagiscono verbalmente molto poco con il bambino. In generale, l'uso di una gamma espressiva negativa riduce la gamma espressiva del bambino: in uno studio si è notato come i bambini trascurati e/o maltrattati riconoscevano delle emozioni facciali con più difficoltà e meno accuratezza rispetto ai controlli; erano anche meno capaci di cogliere le informazioni fornite dal contesto e dall'ambiente per spiegare le incongruenze tra causa delle emozioni ed espressione emotiva contraddittoria. Si può dunque ritenere che trascuratezza e maltrattamento in età precoce provochino problemi sia nella regolazione delle proprie emozioni che nella capacità di comprenderle e valutare correttamente le cause degli stati affettivi altrui (Camras et al., 1996; Davies & Cummings, 1995; Rutter & Rutter, 1995; Schaffer, 1996). Le difficoltà emotive sono indissolubilmente legate alle relazioni interpersonali, infatti l'esperienza di maltrattamento o di abuso diventa caratteristica intrinseca delle relazioni e non viene paragonata ad altre situazioni in quanto potrebbero metterne in luce la sua pericolosità e nocività. Se in un primo momento questi bambini sembrano subire eventi traumatici sconcertanti ed improvvisi, con il tempo, accadendo con frequenza regolare, si trasformano in organizzazioni psichiche e comportamentali organizzate e patologicamente coerenti con il Sé. Chiaramente subire traumi simili non pregiudica la possibilità di elaborarli, servendosi anche dei servizi e delle figure professionali più appropriate e di vivere esperienze e rapporti futuri sereni (Di Blasio, 2000).

### **1.1.2 Violenza infantile: modalità ed epidemiologia**

“In Europa circa 55 milioni di bambini/e sono vittime di maltrattamento: 9,6% casi di abuso sessuale, 16,3% casi di trascuratezza fisica, 18,4% casi di trascuratezza emotiva, 22,9% casi di abuso fisico e 29,6% casi di abuso emotivo. Tra questi, in Italia si stimano circa 77.493 minori vittime di maltrattamento la cui prevalenza riguarda i casi di incuria, discuria e ipercura (40,7%), seguiti dai casi di violenza assistita (32,4%), maltrattamento psicologico (14,1%), maltrattamento fisico (9,6%) e abuso sessuale (3,5%)” (Badalassi & Gentile, 2022, pag. 8).

La violenza infantile può assumere diverse forme: maltrattamento psicologico, maltrattamento fisico, patologie delle cure, abuso sessuale e violenza assistita. Il maltrattamento psicologico include tutti i comportamenti di pressione psicologica, ripetuti e duraturi nel tempo, come minacce, denigrazioni, ricatti affettivi e/o indifferenza. Il maltrattamento fisico riguarda tutti i gesti di violenza fisica compiuti verso qualcuno come: punizioni corporali, aggressioni, calci, percosse, morsi, bruciature. Le patologie delle cure riguardano l'inadeguatezza o l'insufficienza di rispondere



ai bisogni fisici, psicologici ed educativi del minore da parte di chi detiene la responsabilità genitoriale e si dividono in: incuria caratterizzata da cure carenti, discuria in cui le cure prestate non sono in linea con la fase evolutiva dello sviluppo del minore e ipercura in cui le cure prestate sono eccessive. L'abuso sessuale è identificabile con qualsiasi forma di attività sessuale tra un adulto e un minore che, proprio in virtù della sua età biologica, non è considerato adeguatamente consapevole dei significati delle attività nelle quali è coinvolto. Infine la violenza assistita è definita come “il fare esperienza da parte del bambino di qualsiasi forma di maltrattamento perpetrato attraverso atti di violenza verbale, psicologica, fisica e/o sessuale su figure affettivamente significative” (CISMAI, 2013; (Maltrattamento infantile: quali sono le forme di violenza | Save the Children Italia, 2021).

Raramente un minore è vittima di un solo tipo di abuso, è invece frequente che le violenze e i maltrattamenti subiti siano diversi e combinati tra loro (Save the Children, 2021).

La violenza infantile avviene spesso in contesti protetti; alcuni studi sulle interazioni caregiver-bambino hanno evidenziato alcuni comportamenti disadattivi adottati dalle famiglie maltrattanti come l'accudimento percepito come conflittuale e non gratificante, minore soddisfazione e l'uso di metodi educativi controllanti e/o punitivi (Ammaniti, 2016). I genitori abusanti possono interferire con lo sviluppo dell'autonomia del proprio figlio, utilizzando meno scambi fisici e verbali rispetto alla norma (Alessandri, 1992; Bousha & Twentyman, 1984), obbligandolo a vivere in un contesto familiare emarginato (Azar, 2002; Rogosch, Cicchetti, Shields & Toth, 1995; Trickett & Sussman, 1988; Trickett, Aber, Carlson & Cicchetti, 1991). Alcuni studi hanno evidenziato come i genitori delle famiglie maltrattanti mostrino più emozioni negative (Kavanaugh, Youngblade, Reid & Fagot, 1988; Lyons-Ruth et al., 1987) e alta aggressività sia sul piano verbale che su quello fisico; in particolare, le madri abusanti risultano più controllanti, ostili ed intrusive (Bousha & Twentyman, 1984; Cerezo, 1997; Crittenden, 1981; 1985). La relazione caregiver-bambino può essere ulteriormente distorta perché a volte i genitori sviluppano l'aspettativa che sia compito del bambino assumere il ruolo di caregiver, amplificando gli scambi negativi caratterizzati da rabbia e creando dinamiche distorte (Howes & Cicchetti, 1993).

A livello neurobiologico, mediante l'uso dei potenziali evento-correlati, si è visto come questi fossero elevati nelle aree occipitali sensibili all'elaborazione dei volti; l'ampiezza della componente P1, stimolata dai volti con espressioni di rabbia, era maggiore rispetto ai controlli e questo conferma l'ipotesi che i bambini maltrattati siano maggiormente sensibili ai volti che esprimono rabbia, data l'importanza che questa espressione ha nella loro vita (Curtis & Cicchetti, 2011). Maltrattamento, abuso e violenza danneggiano i processi di integrazione delle esperienze relazionali del sé bambino

e questo produce un'alterazione nella rappresentazione del sé e compromette il senso di agency, nonché il funzionamento emozionale e cognitivo (Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson & Egeland, 1997).

Durante l'infanzia si possiedono meno risorse per riconoscere, gestire e compensare gli eventi traumatici; secondo *l'ipotesi della rete neuro-immunitaria* l'eccessivo stress, dovuto ad esempio ad un evento traumatico, potrebbe comportare la costante individuazione di segnali di pericolo, anche quando non presenti, e l'attivazione del segnale cerebrale di rilascio di cortisolo e testosterone, utile alla lotta o alla fuga. Questo meccanismo funzionale, data la sua attivazione anche quando non necessario, a lungo andare diventa disfunzionale e aumenta le possibilità di essere colpiti da malattie neurologiche, digestive e/o cardiovascolari (Felitti et al., 1998; Kiecolt-Glaser, 2010; Shonkoff et al., 2009). Subire violenza infantile, quindi, incide sullo sviluppo neurobiologico del bambino, ma anche emotivo: il trauma interrompe lo sviluppo dei processi emotivi, come la regolazione delle emozioni e il senso di sé e dell'identità, aumentando emozioni avverse come senso di colpa, impotenza, rabbia e vergogna (Nemeroff et al., 2013).

È opportuno ora analizzare singolarmente i sottotipi di violenza, le loro conseguenze e le possibili trasformazioni dei minori che ne sono vittime.

## **1.2 Incuria emotiva**

L'incuria è una forma di violenza che rientra tra le patologie delle cure, che corrispondono a “quelle condizioni in cui i genitori o le persone che detengono la tutela del bambino non si occupano adeguatamente dei suoi bisogni, fisici e psichici, in rapporto al momento evolutivo e all'età. Le patologie delle cure includono tre categorie cliniche: l'incuria in cui le cure sono carenti; la discuria quando le cure sono fornite, ma distorte, non appropriate al momento evolutivo; l'ipercura quando le cure sono somministrate in eccesso” (Montecchi, 1998, pag. 24-25).

L'incuria può assumere diverse forme: fisica, emotiva, educativa e di supervisione (Christoffel et al., 1992; Sedlak et al., 2010). Con incuria emotiva si intende quel sottotipo di negligenza che comporta l'inadeguato sostegno, affetto e nutrimento da parte di chi ne detiene la responsabilità, nonché la disattenzione, il rifiuto o l'incapacità di rispondere adeguatamente ai bisogni evolutivi ed emotivi. Anche la mancata protezione dei minori dall'esposizione di ambienti disadattivi può rientrare nella definizione di incuria emotiva (Christ et al., 2017; Sedlak et al., 2010). Per molti genitori l'incapacità di provvedere in modo adeguato allo sviluppo dei figli non è un atto volontario e consapevole, ma la conseguenza di una condizione di disagio sociale e psicologico o di una

psicopatologia che non permette di prendersi cura del proprio figlio in maniera corretta (Montecchi, 1998).

L'incuria emotiva può provocare molteplici conseguenze negative ed inficiare lo sviluppo delle competenze di base che dovrebbero essere naturalmente acquisite con lo sviluppo; è infatti necessario ricordare che spesso i bambini trascurati sviluppano poco e male la capacità di riconoscere le emozioni poiché possedendo competenze emotive inferiori, le interpretano male, ad esempio, identificando la rabbia in stimoli ambigui o neutri (Pollak et al., 2000). I livelli di stress e ansia sono più elevati rispetto alla norma, il bambino può percepire pericolo, ma non essere consapevole di essere una vittima e a questo possono aggiungersi il senso di colpa e la bassa autostima; non è infatti inusuale che sia la vittima a colpevolizzarsi per il trattamento subito. Inoltre, un bambino che fin dalla nascita non sperimenta un adeguato contenimento fisico ed emotivo, non svilupperà la capacità di discriminare i pericoli esterni, di distinguere “dentro” e “fuori”, di gestire la curiosità e l'esplorazione del mondo esterno nel modo corretto (Montecchi, 1998). Se tutto ciò può verificarsi a breve termine, a lungo termine potrebbero svilupparsi delle psicopatologie e/o comportamenti esternalizzanti al limite dell'estremo come: depressione, pensieri suicidi, abuso di droghe e alcol e aggressività. Infine, da problematicità emotive, mancanza di autostima e di fiducia, possono derivare difficoltà ad instaurare e mantenere relazioni interpersonali sane, che hanno come estremo l'ostracismo sociale (Burns et al., 2010; Riggs et al., 2010).

La trascuratezza emotiva non è però l'unica forma di incuria, si può infatti parlare anche di incuria fisica.

### **1.2.1 Incuria fisica**

L'incuria fisica è una forma di maltrattamento che si verifica quando i genitori, o chi detiene la responsabilità genitoriale del minore, non forniscono le cure parentali adeguate come una sufficiente quantità di cibo e vestiario, un'abitazione adatta ai bisogni del bambino, supervisione, cure mediche e istruzione, nonché la protezione da potenziali pericoli (Arens et al., 2012; Bolger & Patterson, 2001).

Ci sono segni visibili che potrebbero allarmare le altre figure adulte che via via dovrebbero entrare in contatto con il bambino. Il bambino trascurato mostra dei segni fisici evidenti, come l'indossare vestiti inadeguati all'età, al sesso e alla stagione, la scarsa igiene e conseguenti dermatiti, problemi oculistici, odontoiatrici e otoiatrici non riconosciuti dai genitori, condotte alimentari distorte che possono comportare denutrizione o ipernutrizione. Quando l'incuria si presenta alla nascita il

bambino potrebbe presentare un quadro di ipotrofia ponderostaturale, ovvero un arresto della crescita in peso e altezza e il suo sviluppo psicomotorio può essere ritardato. A livello comportamentale i bambini non curati appaiono pigri, demotivati, sempre stanchi, hanno un basso rendimento scolastico o frequentano la scuola saltuariamente, disturbi del linguaggio, pseudo-insufficienza mentale data dalla sottostimolazione, iperattività e disturbi dell'attenzione (Montecchi, 1998; 2006).

Vivere nella trascuratezza fisica comporta ulteriori conseguenze negative; in una ricerca, Van der Kolk e Fisler (1994), hanno concluso che l'incuria sui minori sia in grado di provocare incapacità cronica di modulare le risposte emotive e comportamentali. Per quanto i contesti maltrattanti veicolino, quindi, risposte disadattive da parte del minore, Thompson e Calkins (1996) hanno sottolineato come queste, tendenzialmente considerate disfunzionali in contesti normali, possano essere adattive e protettive in ambienti pericolosi permeati da richieste incoerenti ed estreme. Tuttavia, Maughan e Cicchetti (2002), hanno evidenziato nella loro ricerca quanto il rischio di maltrattamento fosse predittore di difficoltà di regolamentazione e sviluppo del bambino, che a loro volta erano predittivi di difficoltà nelle abilità pre-scolastiche e nei domini comportamentali.

Inoltre è stato visto che le bambine che hanno subito incuria emotiva, fisica o maltrattamenti fisici, hanno meno probabilità di basare la propria autostima sul supporto familiare (Kim & Williams, 2009), mentre Arata e i suoi colleghi (2005) hanno scoperto che solo l'incuria fisica era correlata all'uso di sostanze (da alcol fino a droghe illecite).

In generale, l'atteggiamento familiare trascurante è caratterizzato dalla mancanza di modalità adeguate di accudimento primario, scarsa responsività ai segnali e incapacità di contenere il distress emozionale (Crittenden, 1988). Il ritiro materno crea distanza emotiva nella relazione ed è collegato al concetto psicoanalitico di "madre morta" (Green, 1983) in cui la madre non investe a livello libidico ed emotivo e il bambino non comprendendo tale distanza e freddezza si identifica con la madre morta poiché rispecchia il proprio oggetto materno; questo trasmette al bambino la riluttanza del genitore nel voler creare una relazione basata sul coinvolgimento emozionale e la vicinanza fisica (Ammaniti, 2016).

### **1.3 Maltrattamento fisico**

Il maltrattamento fisico è una forma di violenza che include tutte le lesioni fisiche non accidentali, che variano da lievi contusioni fino a fratture o morte, che si verificano a seguito di percosse su qualsiasi parte del corpo mediante mani, piedi o oggetti; vi è anche una forma di maltrattamento

fisico infantile indiretto in cui non ci sono lesioni dirette, ma il genitore è incapace di tutelare e proteggere il bambino da eventuali rischi, tanto da metterlo in situazioni pericolose. Le lesioni sono considerate abuso a prescindere dal fatto che l'abusante dichiari la non intenzionalità di fare del male. Quando si parla di maltrattamento fisico infantile, spesso le lesioni sono inflitte da un caregiver nei confronti del bambino e sono utilizzate come forme punitive o come scarica dalla frustrazione causata da comportamenti come capricci, sonno incostante, coliche o altro; i bambini però corrono un rischio maggiore poiché sono incapaci di difendersi adeguatamente. Una delle sindromi che rientra nel maltrattamento fisico ed evidenzia l'impotenza di un bambino piccolo verso il proprio caregiver è la sindrome del bambino scosso, che consiste nel violento scuotimento che può causare la lesione del tronco cerebrale, lesioni dei nervi, rottura dei vasi sanguigni, emorragie, fino a gravi complicanze neurologiche e morte (Pekarsky, 2020).

Nel maltrattamento fisico rientra anche la sindrome di Munchhausen per procura, ovvero una forma di abuso in cui il genitore sottopone il figlio a costanti visite mediche, trattamenti e cure inventate e indotte; è anche inserita nelle patologie delle cure, in particolare nell'ipercura (Castagnani & Boscherini, 1999).

Sulla base della gravità delle ferite, l'abuso può essere di grado lieve, quando non è indispensabile il ricovero; di grado moderato quando è fondamentale il ricovero; di grado severo quando è essenziale la camera di rianimazione, quando il bambino subisce compromissioni fisiche o neurologiche gravi o quando giunge alla morte (Pekarsky, 2020).

I segni fisici che possono comparire nel maltrattamento fisico sono: contusioni, la cui morfologia può aiutare a comprendere con quale strumento sono state inflitte; ecchimosi e cicatrici sparse in varie parti del corpo e in differente stadio di cicatrizzazione; morsi inferti da adulti; ustioni, tendenzialmente uniformi tali da coprire varie aree o circolari nel caso delle sigarette; lesioni scheletriche e fratture multiple in diverso stadio di evoluzione; lesioni addominali; lesioni emorragiche; lesioni peri-orali della mucosa della bocca (Inserra, 1994). A livello emotivo e comportamentale il bambino vittima di maltrattamento di solito presenta l'abitudine di ripararsi con le mani quando un adulto si avvicina anche se questo non ha intenzione di danneggiarlo, uno sguardo costantemente allarmato in ambienti estranei, scoppi improvvisi d'ira apparentemente senza un motivo particolare, instabilità reattiva, ricerca favori, cibo, oggetti, rifiuta il contatto fisico o lo ricerca in maniera distorta, aggressiva o e/o erotizzata, attenzione labile e incostante, difficoltà di apprendimento, carente iniziativa o operatività, deficit del linguaggio (Montecchi, 2002; 2006).

Il maltrattamento fisico ha anche delle conseguenze psicologiche di vario tipo, come la difficoltà o l'incapacità ad assumere la prospettiva altrui e di assumere comportamenti empatici e prosociali, la

maggior vulnerabilità alle malattie fisiche, fino all'insorgenza, a lungo termine di patologie depressive, bassa autostima, un'immagine di sé stesso negativa e distorta, il "congelamento" delle proprie emozioni e il disturbo della personalità borderline (Di Blasio, 2000).

### **1.3.1 Maltrattamento psicologico**

Per maltrattamento psicologico si intende la ripetizione di pattern comportamentali o modelli relazionali che comunicano al bambino l'idea di avere poco valore, di non essere amato e che prevedono comportamenti come l'utilizzo di critiche, minacce verbali, la pubblica derisione e denigrazione e l'isolamento forzato. Sono anche compresi tutti gli atteggiamenti di iperprotezione nei confronti del bambino, nonché il mancato o distorto riconoscimento dei suoi bisogni (Di Blasio, 2000).

Secondo O'Hagan (1995) occorre distinguere l'abuso emozionale dal maltrattamento psicologico in quanto nel primo vi è una reazione emozionale stabile, reiterata e inadeguata da parte dell'adulto nei confronti del bambino, mentre nel secondo caso è presente una risposta comportamentale stabile, reiterata e inadeguata che inibisce o danneggia lo sviluppo di alcune capacità cognitivo-emotive fondamentali come la memoria, la percezione e l'attenzione.

In un contesto familiare le variabili che potrebbero innescare una situazione di violenza psicologica sono molteplici, come situazioni disagiate a livello economico e sociale, dipendenza dai messaggi distorti veicolati dai media e psicopatologie dei genitori; in quest'ultimo caso può accadere che i genitori invece di riservare uno spazio mentale vuoto al figlio e a cosa offrirà, lo riempiano precedentemente di fantasie e, una volta nato il bambino, può verificarsi il rifiuto primario, la sovrapposizione tra modello ideale di figlio e modello reale e i meccanismi di identificazione proiettiva massiccia dei genitori. Quando prende vita la fantasia che il bambino non abbia una propria individualità, ma sia un oggetto, un'espansione narcisistica che ha valenza di risolvere i propri conflitti, viene usato come contenitore racchiudente tutte le proiezioni del genitore e le sue parti scisse di personalità e non potendo riappropriarsi della propria individualità, essendo piccolo e vulnerabile nonché dipendente dal genitore, finisce per esserne schiacciato (Jung, 1951; Montecchi, 1998).

Alcuni indicatori fisici che possono indicare che il bambino è oggetto di maltrattamento psicologico sono le difficoltà di crescita nella prima infanzia e disturbi del linguaggio e/o ritardi nell'età prescolare. Alcuni indicatori comportamentali sono: i comportamenti impulsivi, i disturbi del sonno, i disturbi depressivi, un atteggiamento costantemente timoroso o aggressivo, l'inibizione e il

poco interesse alle attività, un atteggiamento ansioso, la svalutazione costante delle proprie azioni o pensieri, il ritiro dalle relazioni sociali, l'iper-adattamento, disturbi ipercinetici della condotta, frequenti incidenti domestici e in estremo i comportamenti antisociali o i tentativi di suicidio (Montecchi, 1998; 2002; 2006).

I bambini che vivono questo tipo di violenza tendono a sviluppare un attaccamento di tipo insicuro e diversi sintomi, a partire da quelli emotivi come la bassa autostima, la mancanza di fiducia negli altri e l'instabilità emotiva, fino a sintomi di natura fisica, cognitiva e comportamentale come l'enuresi, encopresi, le difficoltà di apprendimento e la vicinanza a condotte pericolose come l'abuso di droghe e la prostituzione (Hart, Brassard & Karlson, 1996).

Nel maltrattamento psicologico sono anche incluse tutte quelle condizioni di coinvolgimento o di esposizione ai conflitti e alla violenza familiare. Ad esempio, molto comune nelle separazioni coniugali conflittuali, è la "Sindrome di Alienazione Genitoriale" che consiste in comportamenti e azioni che hanno come fine l'alienazione nel figlio della figura dell'altro genitore e possono condurre il bambino all'ostilità e all'allontanamento da questo (Di Blasio, 2000; Pekarsky, 2020). Le separazioni conflittuali difficilmente non creano disagi nel bambino, infatti Grych e Fincham (1990) sottolineano nel loro modello la dinamicità e la processualità delle reazioni dei bambini in queste circostanze. I bambini inizialmente si pongono delle domande su ciò che sta accadendo intorno a loro e cercano informazioni sul grado di minaccia della situazione e su quanto sia effettivamente pericolosa (elaborazione primaria), analizzandola ed elaborandola in base alla tappa del loro sviluppo. Ad esempio i bambini in età scolare tenderanno ad essere più reattivi alla violenza rispetto ai più piccoli, ma meno capaci di discernere forme di conflitto più sottili rispetto ai più grandi (Cumming, 1987; Cumming et al. 1989). I bambini più piccoli potrebbero provare un'emozione tanto forte da sfociare direttamente in un comportamento, in un sintomo, o in distorsioni interpretative, mentre i più grandi tendenzialmente cercano di comprendere la ragione del conflitto (attribuzione causale), il principale responsabile (attribuzione di responsabilità) e la possibilità di affrontare il conflitto con successo (aspettative di efficacia) (Grych & Fincham, 1990). Rintracciare la causa di evento permette di controllarlo meglio perché da una parte aiuta a superare la percezione di impotenza, mentre dall'altra favorisce la possibilità di anticipare episodi simili; il problema nasce quando il bambino attribuisce a sé la causa del conflitto e nei casi di violenza ciò è ancora più saliente perché si rischia che il bambino si colpevolizzi per il maltrattamento stesso e si consideri quindi la causa del conflitto e l'induttore della violenza. In questi casi è il coping individuale che fa la differenza, ma è anche vero che la ripetuta impotenza che deriva

dall'impossibilità di risolvere il conflitto coniugale riduce e annulla il coping, inducendo nel bambino sentimenti di fallimento, imprevedibilità ed incontrollabilità (Di Blasio, 2000).

#### **1.4 Abuso sessuale**

L'abuso sessuale è una forma di violenza che comprende tutte le pratiche sessuali, che siano manifeste o latenti, rivolte verso un individuo non consenziente o non abbastanza consapevole da poter scegliere; nel caso sia rivolto verso bambini o adolescenti, chi commette questo atto approfitta anche dell'imaturità dello sviluppo o della dipendenza verso l'adulto. Rientrano in questa forma la pornografia, la prostituzione infantile, la pedofilia, lo stupro e l'incesto (Hooley M. J. et al., 2017).

L'abuso sessuale può essere intrafamiliare quando è attuato da membri della famiglia nucleare o membri della famiglia allargata, extrafamiliare quando è perpetrato da gente esterna al nucleo familiare, perifamiliare quando l'abuso è perpetrato da una persona che frequenta l'ambiente familiare, ma che non ha legami di parentela. La prima tipologia di abuso può essere manifesta, ovvero vi è un vero e proprio sfruttamento sessuale o mascherata, ossia riguarda tutte quelle pratiche genitali inconsuete, come lavaggi costanti dei genitali, ispezioni ripetute o applicazioni reiterate di creme, nonché l'abuso assistito, in cui si rende il minore spettatore di rapporti sessuali. La seconda tipologia di abuso può a sua volta ramificarsi in: abuso istituzionale, quando gli autori sono persone a cui il minore è affidato per scopi medici, educativi o religiosi; abuso da parte di sconosciuti; abuso da parte di gruppi organizzati; sfruttamento sessuale a fini di lucro perpetrato da gruppi criminali organizzati (Montecchi, 1998; 2011).

Questa forma di violenza è una delle più pericolose perché intacca sia la parte psicologica ed emotiva dell'individuo, che quella fisica e pare che siano varie le conseguenze che crea, come sintomi post traumatici da stress, paura, ansia, problemi di concentrazione, tendenza all'isolamento con scarse relazioni tra pari, comportamenti instabili, scarsa o assente fiducia negli adulti (Malacrea, 1998), sensazione di tradimento, sfiducia, stigmatizzazione, impotenza, vergogna e colpa che possono manifestarsi con vari atti, tra cui quelli autolesionistici (Finkelhor & Browne, 1985).

Ci sono segnali di vario tipo che potrebbero permettere di identificare l'abuso sessuale. Partendo da quelli fisici, alcuni di questi sono riscontrabili solo dopo una visita medica e possono essere "contusioni, graffi o altre ferite in area genitale o anale, difficoltà nel sedersi o infiammazioni, prurito, emorragia in area genitale o anale, riflesso di dilatazione anale abnorme, apertura vaginale abnorme, presenza di liquido seminale, presenza di corpi estranei in vagina o ano, presenza di



malattie sessualmente trasmissibili o di infezioni in area genitale, biancheria intima strappata, sporca o insanguinata, gravidanza” (Montecchi, 1998, pag. 117).

Un altro possibile indicatore di abuso è costituito dalla pubertà precoce interpretabile a livello biologico perché una precoce attività sessuale può attivare e accelerare tutti i circuiti ormonali, a livello psicologico perché la pubertà precoce porta all’accelerazione del proprio sviluppo per rendere meno dissonante l’esperienza subita. È stato anche ipotizzato che conseguenza di un abuso sessuale precoce fosse anche una serie di sintomi, dall’avversione sessuale alla promiscuità sessuale (Leonard & Follette, 2002; Loeb et al., 2002).

Ci sono anche segnali di tipo comportamentale dati dal fatto che il corpo assume significati particolari, ad esempio “può essere vissuto come oggetto consolatorio, fonte di gratificazione e sensazioni piacevoli, ma sempre correlati ad ansia elevata; senso di vergogna associato a un senso di sporco che attiva i desideri degli altri e per questo non si deve mostrare; conoscenza precoce del comportamento sessuale e relative allusioni con disegni e gesti; masturbazione coatta; introduzione di oggetti in vagina; comportamento marcatamente seduttivo; inibizione della sfera sessuale; distorsione della percezione corporea; costante rifiuto a spogliarsi durante le visite mediche e a cambiarsi per le attività sportive; disturbi psicosomatici della sfera alimentare e sfinterica; atteggiamento remissivo; aggressività verso adulti e coetanei o verso sé stesso; scarsa socializzazione; tendenza all’adultomorfismo; caduta dell’apprendimento scolastico, frequenti e/o prolungate assenze da scuola” (Montecchi, 2006, pag. 106-107).

A questi si aggiungono anche i segnali emotivi come “vissuto traumatico della sessualità che ne risulta attivata o inibita; senso di impotenza, di non padroneggiare le esperienze; sensazione di essere tradito; perdita di parametri affidabili di giudizio in quanto il bambino non riesce più a distinguere di chi fidarsi o meno diventando potenziale vittima di altri abusi extrafamiliari; ostilità verso l’adulto protettivo; paura di essere rifiutati dall’adulto potenzialmente protettivo e stigmatizzazione familiare, vergogna da parte del bambino e timore di essere rifiutato dopo la relazione sessuale stabilita con l’abusante; incubi notturni/flashback; crisi d’ansia; sintomi fobico-ossessivi soprattutto connessi con l’intrusione e lo sporco; depressione” (Montecchi, 1998, pag. 95; Montecchi, 2006, pag. 108).

A causa di tutto questo, le vittime di abuso sessuale, soprattutto durante l’infanzia, hanno il doppio di possibilità di sviluppare successivamente un disturbo mentale (Kessler, McLaughlin et al., 2010), un rischio elevato di sviluppare disturbi di paura e ansia e disturbi da uso sostanze (McLaughlin, Green et al., 2012) e un rischio maggiore di sperimentare, in seguito all’aggressione, pensieri e/o comportamenti suicidari (Bruffaerts et al., 2010). Tutto ciò accade perché a livello psicologico

subire un abuso, soprattutto se accade entro i 9-10 anni, è patologizzante in quanto nel corso dello sviluppo i bambini hanno fantasie aggressive e sessuali, che sono funzionali finché rimangono inconsce, ma, nel momento in cui vengono sperimentate nella realtà, assumono una percezione traumatica. Danno, infatti, al bambino l'idea che le fantasie possono avverarsi ed è facile che perda il confine tra realtà e fantasia, indebolendo l'io e favorendo la strutturazione di patologie che vanno dalla nevrosi alla psicosi. Un ulteriore rischio di un abuso non elaborato è l'identificazione con l'aggressore che a lungo termine potrebbe trasformare il bambino in un ulteriore adulto abusante, in modo da giustificare e riprodurre l'abuso subito, così da non temerlo più e liberarsi dall'antica angoscia; viceversa potrebbe generare timore verso le proprie pulsioni sessuali, paura che verso l'adolescenza potrebbe accentuarsi ancor di più visto il fisiologico sviluppo ormonale e fisico e tutto ciò potrebbe comportare il timore di una sana sessualità e l'isolamento da qualsiasi relazione sentimentale e sessuale (Montecchi, 2006).

Prevenire o successivamente aiutare le vittime di violenza deve essere obiettivo costante della comunità, come anche strutturare interventi di prevenzione, di individuazione precoce e di terapia. Un'altra forma di abuso sessuale, ugualmente pericolosa e deleteria è lo sfruttamento sessuale ai fini di lucro, che può riguardare piccole o grandi organizzazioni criminali e necessita uno specifico focus.

### **1.5 Tratta e prostituzione**

La tratta di esseri umani è definibile come il reclutamento, l'ospitalità e il trasporto di esseri umani con la forza o con minacce di sfruttamento. La tratta sessuale intrappola l'individuo ai fini di un atto sessuale commerciale o di un atto sessuale che si verifica in cambio di qualcosa di valore (Ufficio sulla violenza contro le donne, 2000). Il traffico sessuale è attualmente in espansione ed è considerato una forma di attività criminale che colpisce tendenzialmente donne e bambini (Goździak & MacDonnell, 2007) e l'età media dei bambini vittime di questo traffico è 13 anni (Cecchet et al., 2014; Smith, Healy Vardaman, & Snow, 2009). La tratta a scopo sessuale occupa il 50% tra le varie forme di sfruttamento e circa un terzo delle vittime di tratta sono bambini, rispettivamente 19% femmine e 15% maschi (Nicodemi, 2016).

I bambini colpiti vivono spesso la loro vita in preda alla paura, poiché costantemente minacciati anche attraverso strumenti coercitivi e torture come ustioni, ossa fratturate e acqua bollente forzata in bocca (Demetriou, 2002), a cui si aggiungono i costanti stupri e aggressioni sessuali che fanno

parte della loro quotidianità e potrebbero causare a lungo andare dolore pelvico, aborti forzati e non sicuri, infertilità e infezioni trasmesse sessualmente come HIV/AIDS.

I sopravvissuti alla tratta soffrono spesso anche di sintomi post-traumatici (Crawford & Kaufman, 2008; Meshkovska et al., 2015) che possono includere ansia, depressione, disturbi di panico, incubi e insonnia (Clawson, Salomon, & Goldblatt, 2008; Huda, 2006) e hanno alte possibilità di fare uso e abuso di droghe, che diventano il mezzo per affrontare e sopportare le esperienze di violenza, abbandono e tradimento (Meshkovska et al., 2015); proprio per questo la dipendenza può diventare un mezzo di ulteriore controllo da parte del carceriere (Smith et al., 2009).

Far parte del mondo della tratta comporta, per la vittima, essere sottoposta a costante violenza, dall'abuso alla tortura, perdere la propria autonomia in quanto è il trafficante a scegliere il prezzo dell'atto sessuale, il numero dei clienti, il tipo di atto sessuale e se verranno utilizzate protezioni o meno. A questo si aggiunge il trauma psicologico di vedere la propria identità totalmente cancellata: tendenzialmente, infatti, si viene costretti a cambiare paese, nome e aspetto, per cui è come se la propria vita ricominciasse da qual momento in poi (Wilson et al., 2014). Le condizioni disumane e le basse aspettative per il futuro creano danni psicologici gravi tanto che oltre il 30%-46% dei giovani coinvolti nella prostituzione tenta il suicidio (Adlaf & Zdanowicz, 1999; Greene & Ringwalt, 1996; Kidd & Kral, 2002; Molnar, Shade, Kral, Booth, & Watters, 1998; Yoder, 1999).

Due dei contesti in cui c'è il maggior numero di persone vittime di tratta sono quello nigeriano e quello est-europeo. Le condizioni di povertà, analfabetismo e sessismo presenti nella comunità nigeriana sono alcuni dei motivi che spingono le vittime a migrare altrove in vista di un futuro migliore, per cui si recano in città come Benin City, o vengono portate lì da membri della loro famiglia, con la promessa di un lavoro che permetta loro di condurre una vita dignitosa. In realtà da quel momento faranno parte di un'organizzazione da cui è pericoloso e difficile uscire. Una delle figure fondamentali nella tratta sessuale è la figura della *madam* o *mamam* che si occupa di convincere le vittime a partire, finanziare il viaggio e sorvegliare il processo dal reclutamento allo sfruttamento, infatti, sono presenti sia nel paese di origine che in quello di arrivo, che in molti casi è l'Italia. Il reclutamento, oltre ad essere spesso ingannevole, è sancito da un patto, un rito *voodoo* o *juju* in cui le vittime consegnano una parte di loro chiusa in un sacchettino, come capelli o sangue, alla persona incaricata di stringere il patto e in cambio del viaggio verso il paese scelto, giurano di pagare il trafficante e di non denunciarlo; a debito estinto potranno ricevere indietro il loro sacchettino e la libertà, in caso contrario verranno maledette e ci saranno ripercussioni sui loro cari. Questo è uno dei motivi per cui denunciare risulta psicologicamente difficile, nonché concretamente complicato essendo in un paese straniero e porta le vittime a continuare a subire violenza. In Italia

sono trattenute circa l'80% di vittime di tratta nigeriana e il numero pare essere in aumento (Braithwaite, 2013; EASO, 2015; Nicodemi, 2016).

Il contesto est-europeo, in particolare Bulgaria, Romania e Albania è altrettanto ricco di vittime, spesso adescate in orfanotrofi, per cui minorenni, con false promesse d'amore e di un futuro migliore in Italia. I *lover boys* costruiscono relazioni sentimentali fasulle e dopo l'arrivo in Italia danno l'avvio all'attività di prostituzione e sfruttamento utilizzando metodi coercitivi e violenza (Europol, 2015; Nicodemi, 2016).

Chi riesce a fuggire dal mercato del sesso deve fare i conti con molte problematiche, alcune delle quali sono state identificate da Mansson e Hedin (1999): trovare un lavoro dopo l'esperienza notevolmente traumatica che si è vissuta; vivere con sentimenti di non appartenenza; vivere relazioni intime e strette; affrontare la vergogna associata al commercio sessuale. Lo stigma di essere associati ad un determinato mondo si traduce in sentimenti di vergogna, colpa ed inferiorità e paura di incontrare vecchi clienti, timore che la loro identità venga rivelata e paura di essere discriminati ed etichettati dalla propria comunità e/o famiglia (Crawford & Kaufman, 2008; Jackson, Bennett & Sowinski, 2007; Liu et al., 2011; Sallmann, 2010). Spesso, infatti, le vittime appartengono a paesi stranieri e fanno parte di comunità con un alto senso dell'onore e del prestigio, come la comunità nepalese, in cui subire abusi o far parte di un certo tipo di commercio causa l'estromissione dalla famiglia e dalla società, procurando una vera e propria morte sociale da cui è difficile riprendersi, soprattutto dopo tutto ciò che si è subito (Taylor, 2012; Volgin et al., 2019).

Ma è possibile sopravvivere ad eventi così traumatici e riuscire a ricostruire la propria vita? Dare una risposta univoca sarebbe troppo semplicistico, ma è possibile. PTG (*Post-traumatic growth*) è il prodotto del lavoro cognitivo necessario per ricostruire il proprio mondo a seguito di un evento traumatico che ha sconvolto la propria esistenza (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun & Reeve, 2012). PTG vuol dire concentrarsi sulla comprensione e sull'elaborazione dell'esperienza vissuta, ruminando deliberatamente ed esaminando e rivedendo i propri schemi cognitivi, in modo da ristrutturarli (Shakespeare-Finch & Barrington, 2012). Secondo questo modello, però, è fondamentale il sostegno sociale perché risveglia e veicola nella vittima l'empatia, la forza personale e permette da una parte di essere d'aiuto anche ad altre persone che hanno subito abusi e dall'altra di crescere e reinventarsi in maniera sana (Bozo, Gündoğdu, & Büyükaşık-Çolak, 2009; Schroevers et al., 2010). In sintesi, è possibile affermare che un ambiente favorevole e sicuro che promuova la connessione sociale, la terapia e la psicoeducazione favorisca e faciliti la crescita e la guarigione delle persone che hanno vissuto la tratta sessuale o in generale abusi sessuali (Volgin et al., 2019).

## **1.6 Fattori di rischio e di protezione**

Individuare le diverse forme di violenza è importante, ma altrettanto rilevante è individuare e conoscere i fattori di rischio che potrebbero essere predittivi del maltrattamento e dell'abuso (Di Blasio, 2000), perché l'individuazione di queste vulnerabilità può essere di grande aiuto nella diagnosi tanto quanto nella prevenzione (Montecchi, 2006). I fattori di rischio e quelli protettivi agiscono sui processi evolutivi, riducendo o potenziando le varie competenze sottese all'adattamento (Emiliani & Bastianoni, 1993; Emiliani, 1995).

Nel caso della violenza infantile, i fattori di rischio sono le condizioni che costituiscono il substrato in cui un abuso si può realizzare, indicano dove dovrebbe orientarsi la prevenzione primaria e possono essere suddivisi in quattro gruppi: fattori culturali, fattori sociofamiliari, fattori genitoriali e fattori individuali del bambino. Questi possono essere presenti in una situazione potenzialmente abusante, ma l'abuso in sé è dato dall'incrocio di molteplici condizioni. Dei "fattori culturali fanno parte: l'atteggiamento verso la violenza, considerata come strumento per raggiungere gli obiettivi, risolvere i problemi o anche come metodo punitivo efficace; la famiglia non considerata come luogo protettivo e contenitivo in cui è possibile crescere fisicamente ed emotivamente; la valutazione dei Servizi di supporto alla famiglia solo come fonte di sostentamento economico; l'atteggiamento di diffidenza e disapprovazione verso i servizi sociosanitari e la non fruizione di questi a cui si aggiunge il vissuto persecutorio e minaccioso degli interventi sociali" (Montecchi, 2006, pag. 52).

Nei fattori sociofamiliari rientrano: "famiglie monoparentali e/o multiproblematiche; carenti supporti sociali o isolamento dal contesto sociale a causa di una visione familiare endogamica; perdita dei rapporti e del supporto della famiglia di origine; discriminazione razziale dovuta all'appartenenza ad un'etnia diversa da quella dominante; difficoltà o insoddisfazione abitativa e/o lavorativa" (Montecchi, 2006, pag. 52).

I fattori genitoriali includono: "vissuti di trascuratezza affettiva ed emotiva vissuta dai genitori o situazioni di trascuratezza fisica e abbandono o maltrattamenti pregressi; genitori con grande differenza di età tra loro o entrambi di giovane età; difficoltà comunicative; fatica o incapacità di riconoscere i propri bisogni; conflitti di coppia; violenza domestica; ruoli genitoriali invertiti; fatica nei fruire dei servizi sociali o diffidenza verso di questi; problematicità emotive e/o mentali; uso e dipendenza da alcol e droga; carente flessibilità, instabilità, insicurezza; disturbi di personalità; scarso o assente controllo degli impulsi" (Montecchi, 2006, pag. 53).

Infine, i fattori individuali del bambino comprendono: “complicanze perinatali; separazione precoce dalla madre alla nascita; disturbi del ritmo sonno-veglia; disturbi delle condotte fisiologiche; disturbi del controllo sfinterico; disturbi del comportamento alimentare; disturbi delle attività motorie (ad esempio tic o iperattività); scarso rendimento scolastico; malattie croniche (psichiche e/o fisiche); e temperamento difficile” (Montecchi, 2006, pag. 53).

Le condizioni di rischio e le vulnerabilità che potenzialmente potrebbero prestarsi ad un vissuto di violenza in un bambino sono però da accostare e valutare accanto alle potenzialità e alle risorse individuali, familiari e sociali. I fattori protettivi sono le caratteristiche ambientali o individuali con cui i soggetti interagiscono o da cui provengono le cure e sono suddivisi in 3 gruppi: fattori genitoriali, fattori sociali e familiari e fattori individuali del bambino (De Blasio-Acquistapace, 2004; Reed, 2002).

I “fattori genitoriali includono: ambizione di migliorarsi; facoltà di chiedere aiuto; buona autostima; capacità empatiche; facoltà di usufruire dei Servizi, senza esserne dipendente; facoltà di assumersi delle responsabilità; buona relazione coniugale e clima di serenità e solidarietà con il partner; capacità di riconoscimento di bisogni e problemi dei figli e atteggiamento mirato alla risoluzione di questi; consapevolezza e rielaborazione degli attaccamenti insicuri vissuti durante l’infanzia e di esperienze di violenza” (Montecchi, 2006, pag. 54).

Nei fattori sociali e familiari rientrano: “relazioni positive con almeno un componente della famiglia nucleare; buona gestione dei conflitti; rete di supporto sociale; capacità di utilizzare i Servizi sociosanitari” (De Blasio & Acquistapace, 2004; Montecchi, 2006, pag. 54).

Infine, i fattori individuali del bambino comprendono: “buona salute fisica; buon livello di intelligenza; capacità di stabilire una buona relazione con i coetanei; temperamento facile, profilo di sviluppo caratterizzato da un valido superamento delle normali crisi evolutive con espressione sintomatica del disagio flessibile e reversibile e capacità di adattamento alle situazioni difficili” (De Blasio & Acquistapace, 2004; Montecchi, 2006, pag. 54).

Se questi fattori sono utili ai fini della prevenzione, per cui descrivono situazioni potenzialmente pericolose in cui non si è ancora verificata alcuna violenza, ce ne sono altri che invece descrivono gli elementi che potrebbero aggravare i vissuti di violenza e quelli che invece potrebbero fungere da protezione, considerando quindi quello che può succedere ad abuso già perpetrato. “Alcuni fattori aggravanti le conseguenze negative sono: genitori entrambi perpetratori dell’abuso, continuità e persistenza nella relazione abusante, reiterazione dell’abuso in altri contesti; compresenza di diverse forme di abuso; trascuratezza e maltrattamento nei primi anni di vita; sentimenti depressivi di

autosvalutazione e ansia; compromissione delle capacità empatiche e scarse competenze prosociali; legame di attaccamento disorganizzato o insicuro; compromissione precoce delle regolarità normative; sentimenti di colpa e vergogna; mancato controllo degli impulsi e delle emozioni; deformazione delle emozioni di collera e di rabbia” (Di Blasio, 2000, pag. 119).

“I fattori protettivi invece riguardano: presenza di un genitore protettivo; non continuità dell’abuso o identificazione precoce; altri contesti relazionali protettivi cure adeguate nei primi anni di vita da parte dei genitori o di uno di essi; cure adeguate nei primi anni di vita da parte di un adulto sostitutivo; buon livello di stima di sé; competenze prosociali ed empatiche; legame di attaccamento sicuro; adeguate regolarità normative precoci; adeguato livello di modulazione delle emozioni e buon livello intellettuale” (Di Blasio, 2000, pag. 119).

Individuare il prima possibile contesti violenti e salvare le vittime, o monitorare alcune situazioni in maniera preventiva in modo che non accadano, è una delle sfide presenti nel panorama attuale, anche perché la gravità della violenza e la sua cronicità creano conseguenze devastanti, soprattutto se vissute da minori (Di Blasio, 2000).

## **CAPITOLO 2: FATTORI LEGATI ALLA VIOLENZA INFANTILE: UN'ANALISI DELLA LETTERATURA**

### **2.1 Violenza e attaccamento**

Il maltrattamento infantile è multidimensionale e rappresenta un fallimento dell'ambiente del bambino (ad esempio, familiare e sociale) nel provvedere ai suoi bisogni primari di sicurezza, protezione e sostegno (Cicchetti & Lynch, 1993). L'infanzia è il periodo più sensibile di sviluppo di una persona e la violenza rappresenta un forte tipo di stress da sopportare anche perché le risorse di coping sono ancora limitate (Pechtel & Pizzagalli, 2011).

La maggior parte degli autori di maltrattamenti sono i genitori biologici, per cui i primi due rischi che caratterizzano le famiglie maltrattanti sono elevato stress familiare e relazioni di attaccamento insicure (Cicchetti & Valentino, 2006). Il maltrattamento rappresenta la deviazione più estrema della genitorialità positiva; i genitori maltrattanti tendono ad attuare meno comportamenti positivi, reattivi e di supporto, ad avere una minore autoefficacia genitoriale e a considerare il figlio come un problema (Teti, 2016). Un bambino maltrattato vive quindi in un ambiente imprevedibile e spaventoso che può provocargli paura tanto quanto sensazione di abbandono in base alla tipologia di abuso sperimentato; che entrambi i suoi genitori siano maltrattanti o meno, sperimenterà la sensazione di esser privo di un caregiver in grado di proteggerlo, sostenerlo e calmarlo. Il comportamento abusivo (o negligente) danneggia la qualità di attaccamento genitore-figlio, limitando la possibilità che il bambino possa accedere al proprio caregiver per alleviare il suo dolore e disagio e questo è uno dei motivi per cui in contesti familiari violenti non ci sono le basi per creare legami di attaccamento sicuri (Kim & Cicchetti, 2010).

I sistemi familiari maltrattanti sono spesso meno verbali nella risoluzione dei conflitti, meno abili nel gestire i confronti disciplinari, meno efficaci nel lavorare insieme al fine del raggiungimento di obiettivi comuni che promuovano un sano senso di sé e più caotici. Anche le diadi genitore-figlio sono poco funzionali, perché spesso si verificano delle inversioni di ruolo in cui è il bambino che assume la funzione di custode, piuttosto che di custodito; questo però implicherà delle difficoltà nello sviluppo del proprio senso di sé autonomo e nella differenziazione sé-altro (Rogosch et al., 1995; Toth, Cicchetti, Macfie & Emde, 1997; Macfie et al., 1999).

Come già sottolineato, l'esperienza di maltrattamento infantile è pericolosa e interrompe gravemente l'attaccamento del bambino ai genitori in tenera età, per cui è rilevante spiegare cosa si intende per legame di attaccamento e che influenza e conseguenze ha sul bambino. "Il legame di attaccamento è quella particolare relazione stabile che si instaura tra il bambino e la figura adulta



che si prende cura di lui a partire dalla nascita, sulla base di scambi interattivi che si svolgono tra i due: il legame garantisce vicinanza, protezione e sicurezza assicurando la sopravvivenza del piccolo ed è alimentato da comportamenti di attaccamento, come il sorriso o il pianto” (Simonelli & Calvo, 2002, pag. 16).

La relazione di attaccamento non emerge improvvisamente, ma si sviluppa dopo una serie di fasi tutte fondamentali; è bene analizzarle per capire quanto il mancato susseguirsi di queste, dovuto al maltrattamento, possa essere dannoso. La prima fase parte dalla nascita fino ai 2 mesi di vita e prevede la messa in atto dei comportamenti di attaccamento, da parte del bambino, ma non in modo selettivo. La seconda prosegue dai 2 ai 7 mesi e il piccolo inizia a discriminare le figure familiari da quelle che non lo sono e ad orientare, in misura maggiore, i comportamenti di attaccamento verso una persona specifica. La terza procede fino ai 24 mesi e prevede lo sviluppo di attaccamenti specifici nei confronti del caregiver, alimentati dal bambino, che con l'aumento delle sue abilità locomotorie, ricerca attivamente l'adulto; inoltre inizia a manifestare ansia e protesta da separazione in caso di allontanamento dal genitore. Infine, la quarta fase, dai 24 mesi in poi è caratterizzata da un bambino sempre più socialmente competente e sofisticato, che riesce ad adattarsi anche alle esigenze del caregiver, accettando, ad esempio, momenti di separazione. Il legame, se tutto è andato per il meglio, è ora saldo, basato su reciprocità, vicinanza e obiettivi comuni (Thompson, 2008).

La situazione appena descritta è ideale, ma nella realtà ogni caso è diverso dall'altro e il fatto che il bambino crei un legame di attaccamento sicuro non è scontato. Al fine di valutare tutte le traiettorie possibili, Mary Ainsworth (1979) ha ideato la *Strange Situation*: una tecnica standardizzata in grado di misurare l'attaccamento del bambino, basata sull'osservazione sistemica dell'interazione madre-figlio durante la prima infanzia; la procedura prevede il susseguirsi di otto momenti ben strutturati che hanno come protagonisti il bambino, la madre e un estraneo e alternano momenti di presenza, separazione o ricongiungimento. Il comportamento dei bambini nella *Strange Situation* può essere classificato in alcune categorie denominate stili di attaccamento e si dividono in: stile sicuro; stile insicuro evitante; stile insicuro ambivalente; stile disorganizzato (Ainsworth, 1979).

Lo stile di attaccamento sicuro è caratterizzato dal bambino che mostra desiderio di vicinanza, contatto fisico e interazione nei confronti del caregiver, può manifestare stress e disagio quando questo si allontana, ma l'esplorazione dell'ambiente non è compromessa e il ricongiungimento con la madre è sereno: il bambino, infatti, si fa consolare. Lo stile insicuro evitante è contraddistinto da comportamenti autonomi e di evitamento messi in atto dal bambino: predilige l'esplorazione dell'ambiente piuttosto che la vicinanza con la madre e, durante il ricongiungimento con questa, ignora o dà poco rilievo all'adulto. Nello stile insicuro ambivalente il piccolo mostra un marcato ed

eccessivo attaccamento nei confronti dell'adulto, forte disagio nei confronti dell'estraneo e inconsolabilità durante il ricongiungimento con il genitore, come se la sua figura non bastasse per calmarlo. Infine lo stile disorganizzato è prototipico di un bambino che appare disorientato in presenza del caregiver e mostra comportamenti contraddittori, come se fosse privo della strategia comportamentale da adottare con il genitore; aspetto particolare di questo stile è che il bambino mostra tutto ciò solo in presenza del caregiver e non con altre figure adulte, come se fosse la loro relazione e la presenza della figura di attaccamento a determinare la disorganizzazione del suo comportamento (Ainsworth, 1979; Santrock, 2013; Simonelli & Calvo, 2002).

Lo stile disorganizzato è spesso associato al maltrattamento: il bambino apparirebbe disorientato proprio perché in difficoltà su quale strategia adottare nei confronti di un adulto spaventante/spaventato da cui non si sente protetto e tutelato. Main e Solomon (1990) hanno identificato alcuni indici che contraddistinguono la disorganizzazione nella *Strange Situation*: manifestazioni sequenziali di pattern contraddittori di comportamento come, ad esempio, l'alternanza di manifestazioni di attaccamento seguite da un comportamento arrabbiato e poi da uno congelato; manifestazioni simultanee di pattern contraddittori di comportamento; movimenti ed espressioni indiretti, mal indirizzati, incompleti e interrotti; stereotipie, movimenti asimmetrici, movimenti strani e posture anomale; movimenti ed espressioni *freezing* (congelati) come il restare con le braccia tese e sollevate, in stato di disorientamento; movimenti ed espressioni *stilling* (immobilità) simili ai precedenti con la differenza che le pose assunte sono più naturali; indici diretti di timore del genitore; indici diretti di disorganizzazione e di disorientamento (Cyr et al., 2010; Hesse & Main, 2006; Main & Solomon, 1990).

Indagare sugli stili di attaccamento è di grande interesse poiché i comportamenti interattivi sperimentati durante la prima infanzia nelle relazioni significative divengono rappresentazioni mentali che condizioneranno le relazioni future. Secondo Bowlby (1973; 1980) queste rappresentazioni, denominate Modelli Operativi Interni (Internal Working Models), hanno la funzione di veicolare la percezione e l'interpretazione degli eventi da parte dell'individuo, consentendogli di fare previsioni e crearsi aspettative sugli avvenimenti della propria vita relazionale (Bowlby, 1973; 1980; Simonelli & Calvo, 2002). Sono modelli astratti che però derivano da esperienze reali e sono operativi in quanto dinamici, mutevoli nel tempo e collegati alle strategie comportamentali necessarie per rispondere alle aspettative e risolvere problemi e disagi (Santrock, 2013). In termini di conseguenze interpersonali, il maltrattamento genera Modelli Operativi Interni (MOI) negativi di sé e degli altri generalizzandoli anche alle relazioni interpersonali future (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010). In particolare,

secondo alcuni studi le famiglie negligenti portano alla formazione di MOI basati su impotenza, basse aspettative, passività e bassa, se non assente, espressione dell'affetto; al contrario le famiglie violente generano MOI basati su conflitto, potere, controllo, rifiuto e aspettativa di relazioni rigide, minacciose ed intimidatorie. Alcuni studi mostrano che il tipo di stile di attaccamento che potrebbe derivare da una tipologia di famiglia simile non sia solo quello disorganizzato, ma anche quello evitante (Browne & Finkelhor, 1986; McLeer et al., 1998; Trickett & McBride-Chang, 1995).

Per quanto stile di attaccamento e MOI possano essere modificati nel tempo in base alle esperienze vissute, subire violenza ha delle conseguenze anche dopo l'allontanamento dal luogo degli abusi; secondo alcuni studi su giovani maltrattati, andare via dalla propria casa ed essere collocati presso estranei può esacerbare le difficoltà di attaccamento (Alexander, 1992; Armsden, McCauley, Greenberg, Burke & Mitchell, 1990; Greenberg, Speltz & DeKlyen, 1993). Tuttavia, secondo altri studi, giovani maltrattati che sono riusciti a stabilire una relazione precoce e coerente con un adulto di supporto ne hanno tratto effetti protettivi nel tempo; inoltre, a lungo andare, i livelli percepiti di supporto sociale, familiare ed extrafamiliare hanno moderato la relazione tra maltrattamento precoce e problemi emotivi e comportamentali (Folkman, Chesney, Pollack & Phillips, 1992).

In uno studio si è cercato di indagare gli effetti del maltrattamento sui minori sull'adattamento durante il periodo adolescenziale attraverso un modello evolutivo-organizzativo. Secondo questa prospettiva lo sviluppo procede attraverso una serie di fasi in cui l'individuo affronta diversi compiti evolutivi essenziali per la fase di sviluppo in cui si trova (ad esempio, formazione di un legame di attaccamento sicuro, sviluppo di relazioni interpersonali sane, formazione di un sé autonomo, formazione dell'identità). Man mano che le tappe e compiti procedono, lo sviluppo dell'individuo prosegue e ne viene influenzato: la risoluzione efficace ed efficiente di queste sfide sarà predittiva di uno sviluppo sano, viceversa la risoluzione inadeguata genererà una maggiore vulnerabilità nell'individuo. Secondo i modelli evolutivo-organizzativi i bambini che hanno subito abuso e maltrattamento vivono una serie di processi interconnessi: il maltrattamento genera l'accrescimento delle vulnerabilità in più domini nel corso dello sviluppo; le vulnerabilità diventano stabili e influenzano il funzionamento di altri domini. Tutto questo genera disadattamento in molteplici domini di sviluppo, causando difficoltà nel bambino in ogni tappa dello sviluppo successivo (Flynn & Rogosch, 2014).

In generale si è visto come i sottotipi di maltrattamento predicano simultaneamente bassa qualità della relazione materna, bassa autostima, sentimenti di inutilità e inadeguatezza di sé e sintomi internalizzanti ed esternalizzanti durante l'adolescenza. Questi sintomi sono significativi dalla prima adolescenza e possono proseguire fino all'età adulta (Flynn & Rogosch, 2014).

## 2.2 Violenza e autostima

Una delle molteplici conseguenze negative attribuite sia al maltrattamento sia alle relazioni familiari disfunzionali è la bassa autostima dei minori, fondamentale anch'essa per la conduzione di una vita serena e soddisfacente.

Gli individui maltrattati sviluppano quasi sempre una bassa autostima e i ricercatori hanno ipotizzato che questo derivi dall'interiorizzazione di sentimenti e messaggi negativi che colpiscono l'individuo durante o a seguito dell'esperienza abusiva o di trascuratezza. Ciò che rende questi messaggi ulteriormente negativi è il rischio che la vittima metta in atto comportamenti rischiosi e distruttivi che rafforzano l'opinione negativa di sé e facciano in modo che anche gli altri abbiano una percezione negativa (Rotheram-Borus et al., 1996; Widom, 1994). In particolare, il maltrattamento è stato collegato ad alterazioni nei processi del sé (Schneider-Rosen & Cicchetti, 1984), bassa autostima già dalla scuola materna (Egeland, Sroufe & Erickson, 1983) e autopercezione negativa: nel primo caso perché il maltrattamento veicola sentimenti di colpa che sono successivamente interiorizzati, mentre nel secondo perché può causare vergogna e odio nei propri confronti per quello che si sta subendo (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto & Nock, 2007).

Secondo alcuni studi i bambini maltrattati con autostima compromessa mostravano difficoltà ad interagire e sviluppare rapporti con i pari, in particolare con comportamenti prosociali più bassi e comportamenti ritirati più alti: avendo bassa stima di sé, scarso senso di agency e aspettative negative su di sé e sugli altri, facilmente si verificavano profezie autoavveranti (Bandura, 1982; Kaufman, 1989); queste erano a loro volta aumentate da incontri sfavorevoli o ostili che producevano la diminuzione dell'autostima. Tra i vari tipi di violenza, i bambini che avevano vissuto esperienze di abbandono, maltrattamento psicologico e/o maltrattamento fisico erano i più danneggiati (Kaufman, 1989).

Gli studi, quindi, predicono bassa autostima nell'infanzia (Appleyard et al., 2010), nell'adolescenza (Burack et al., 2006) e nella prima età adulta (Kim & Williams, 2009). In particolare, la bassa autostima permette di comprendere perché il maltrattamento infantile causi sia sintomi internalizzanti che esternalizzanti (Appleyard et al., 2010) e perché tra i vari tipi di violenza, quella sessuale sia maggiormente correlata all'abuso di sostanze (Kim & Williams, 2009) e convinzioni negative sul: potere personale, controllo, autoefficacia, sensazione di impotenza appresa, sviluppo di competenze cognitive e sociali e autoregolazione emotiva e comportamentale (Putnam & Trickett, 1993). Tutto ciò a lungo andare potrebbe condurre alla depressione (Steinberg, Gibb,

Alloy & Abramson, 2003), ma anche a comportamenti aggressivi (Appleyard et al., 2010; Dodge, Pettit, Bates & Valente, 1995).

Subire abusi emotivi e fisici fin da piccoli, però, ha anche tra i vari esiti il non basare il proprio senso di autostima sull'approvazione percepita o sull'amore dei membri della propria famiglia: questo è un aspetto funzionale, in questa circostanza, in quanto chi basa la stima di sé su caratteristiche personali ha un funzionamento migliore rispetto a chi la basa su riferimenti esterni (Kim & Williams, 2009).

### **2.3 La violenza e le conseguenze neurobiologiche**

Sia la predisposizione neurobiologica che le ACEs (esperienze infantili avverse) possono interagire nello sviluppo della vulnerabilità cognitiva e affettiva (Kaess et al., 2012). Il cervello umano è maggiormente plasmabile e flessibile nelle prime fasi dello sviluppo, soprattutto nel primo anno di vita; ci sono alcune reti neurali altamente vulnerabili in caso di interazione ambientale disfunzionale, per cui la maturazione e l'efficienza di queste strutture dipende dalla quantità di stress ambientale negativo e dal modo in cui le avversità precoci vengono elaborate (Fox, Levitt & Nelson, 2010; Stiles & Jernigan, 2010). Studi neuroscientifici attestano l'effetto dannoso dell'esposizione a lungo termine ad ambienti trascuranti o maltrattanti poiché danneggerebbero il normale sviluppo del bambino; in particolare, durante le prime fasi della vita, possono verificarsi dei danni allo sviluppo delle abilità cognitive e delle capacità sensoriali e affettive (Cicchetti & Toth, 2005; Hu et al., 2017).

Il maltrattamento infantile è altamente stressante per il bambino, che non ha le risorse di coping necessarie per affrontarlo e destreggiarsi, soprattutto nel periodo più sensibile dello sviluppo. A livello neurobiologico lo stress precoce aumenta la densità dei recettori glucocorticoidi, influenzando in negativo la maturazione della corteccia prefrontale e compromettendo lo sviluppo delle funzioni esecutive (FE), cioè le capacità cognitive coinvolte nella pianificazione e nell'organizzazione dei comportamenti come l'attenzione, la memoria, il problem solving e il controllo inibitorio (Teicher et al., 2003). A livello neurale, le reti maggiormente colpite nei bambini con un vissuto di maltrattamento sono, quindi, le reti frontolimbiche (amigdala, corteccia cingolata anteriore, corteccia orbitofrontale, corteccia prefrontale) (Hart & Rubia, 2012; Teicher et al., 2012); in particolare sono stati rilevati problemi di connettività neuronale tra la corteccia cingolata anteriore e le cortecce prefrontali dorsolaterale, orbitofrontale e ventromediale (Hart &

Rubia, 2012). L'attivazione atipica di queste reti segnala l'interruzione delle funzioni esecutive (Blair, Raver, Berry, et al., 2014).

In uno studio di risonanza magnetica funzionale (fMRI) su bambini maltrattati si è rilevata un'attivazione atipica, minore rispetto alla norma, delle regioni associate al controllo inibitorio, come la corteccia cingolata anteriore (Bruce et al., 2013). Una teoria che può spiegare il possibile motivo di questa attivazione anomala è di *Modello di specializzazione interattiva* di Johnson secondo il quale alcune regioni corticali hanno diverse funzionalità finché a seguito di una sufficiente quantità di input per una o più funzioni in particolare, si specializzano e le funzioni di quella regione diventano ben definite, specifiche e funzionalmente efficienti (Johnson, 2011). Seguendo l'interpretazione che fornisce questa teoria, è presto spiegato il perché bambini con vissuti di maltrattamento o trascuratezza abbiamo attivazioni anomale delle aree delle FE e quindi anche dell'autocontrollo: tali zone non ricevono abbastanza input dall'ambiente per maturare e specializzarsi, riducendo sempre più la possibilità di sviluppo futuro (Johnson, 2011). Le esperienze precoci di abuso possono condizionare le reti neurali, vista la plasticità della prima infanzia, distorcendo le esperienze del bambino, alterando cognizione e approccio con l'ambiente sia presente che futuro, producendo una serie di effetti a cascata che possono limitare il bambino in maniera permanente (Black, Jones, Nelson & Greenough, 1998; Masten & Cicchetti, 2010).

L'insorgenza precoce del maltrattamento predice la cronicità del maltrattamento, in quanto i bambini sottoposti a violenza per un periodo maggiore sviluppano connessioni neuronali utili alla sopravvivenza nell'ambiente circostante ma disfunzionali nella tipica vita di tutti i giorni; in uno studio i bambini sottoposti a maltrattamento precoce per più mesi hanno ottenuto performance e risultati ai test delle funzioni esecutive decisamente peggiori rispetto ai controlli o ai bambini vittime di violenza per meno tempo (Cowell et al., 2015).

Osservando casi di studio particolari, l'abbandono precoce è correlato all'organizzazione diffusa della microstruttura della sostanza bianca nella corteccia prefrontale e questo comporta deficit neurocognitivi come incapacità di autoregolazione comportamentale, deficit di pianificazione spaziale e difficoltà nel controllo cognitivo (Hanson et al., 2013). Questi danni possono aumentare la possibilità di internalizzare o esternalizzare i sintomi durante l'adolescenza e quindi di sviluppare psicopatologie come ansia e depressione (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Secondo altri studi comportamentali e fisiologici in cui sono stati utilizzati i potenziali evento-relati (ERPs), i bambini maltrattati fisicamente rispondono in maniera simile ai controlli in caso di espressioni felici o paurose, ma si attivano più di questi dinanzi ad espressioni di rabbia. Inoltre, si è notato che con lo

sviluppo le sinapsi di elaborazione della paura si rafforzavano, mentre quelle di elaborazione di espressioni positive erano potate (Cicchetti & Valentino, 2006).

Infine, si è osservato come i bambini maltrattati mostrino una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) in seguito alle interazioni sociali, indicando una ridotta capacità di far fronte ai fattori di stress. Questi cambiamenti neurobiologici possono spiegare uno dei motivi per cui il maltrattamento infantile sia fortemente correlato con la disregolazione emotiva e degli impulsi (Kim & Cicchetti, 2010).

## **2.4 Violenza e disregolazione emotiva e degli impulsi**

La regolazione emotiva è un processo acquisito durante lo sviluppo che permette di comprendere, monitorare, valutare e controllare le esperienze emotive (Koole, 2009). Una sana regolazione permette di riconoscere le emozioni e saperle tollerare e accettare, utilizzando strategie adattive quando è necessario (Berking & Lukas, 2015).

La genitorialità positiva è associata all'autoregolazione infantile nelle famiglie sane e non è presente in contesti familiari maltrattanti. La genitorialità positiva funge da mediatore tra maltrattamento e disregolazione infantile poiché in un ambiente sicuro e protetto è più difficile che il bambino sviluppi disregolazione, a differenza dell'ambiente abusante (Speidel et al., 2020). In un ambiente maltrattante o trascurante i caregiver, come spiegato nei paragrafi precedenti, sono inaffidabili o minacciosi, emotivamente reattivi, non riescono a tollerare l'angoscia del bambino e tantomeno i propri comportamenti aggressivi che spesso esplodono verso il figlio; in un ambiente simile lo sviluppo delle sane capacità di regolazione emotiva è interrotto, anzi, è compromessa la capacità di identificazione delle emozioni ed è ancora più complicato trovare strategie adattive per tollerarle. Tutto questo causa nel bambino autopercezioni negative, sensazione di inadeguatezza, colpa, vergogna, impotenza o anche sensazione di meritare le punizioni ricevute (Lang & Sharma-Patel, 2011; Yates, 2009).

Gaensbauer e colleghi (1981) hanno scoperto che i bambini maltrattati già da 3 mesi mostravano tassi più elevati di paura, tristezza e rabbia nelle interazioni madre-bambino (Gaensbauer, Mrazek & Harmon, 1981). Questo dato è significativo perché solitamente la capacità di esprimere queste emozioni si acquisisce a partire dai 7 mesi in poi (Sroufe, 1996); tuttavia il riconoscimento generale delle emozioni era meno accurato rispetto ai bambini non maltrattati (Cicchetti & Valentino, 2006). Il riconoscimento delle espressioni di rabbia avviene prematuramente nei bambini maltrattati fisicamente poiché imparano a riconoscerle nel genitore abusante, che è fonte di minaccia e paura

(Cicchetti & Valentino, 2006). Altri studi hanno riscontrato un aumento della vigilanza, aggressività e disregolazione comportamentale nei bambini maltrattati in età prescolare e nella prima età scolare rispetto ai controlli non maltrattati (Rieder & Cicchetti, 1989), ma anche un aumento dell'introversione nei contesti sociali e tra pari (Haskett & Kistner, 1991). Inoltre, il maltrattamento è anche correlato a deficit cognitivi che influenzano il processo decisionale, i processi di inibizione e la capacità di svolgere compiti complessi (Braquehais, Oquendo, Baca-Garcia & Sher, 2010).

Le esperienze di maltrattamento sembrano correlate al tratto dell'impulsività e alla distorsione di schemi cognitivi; a loro volta queste distorsioni sono state associate a psicopatologie correlate all'impulsività (Gagnon et al., 2013; Roy, 2005). Le distorsioni cognitive sono errori di pensiero dati dall'errata elaborazione delle informazioni circostanti: poiché le prime esperienze di vita modellano schemi e processi cognitivi, le esperienze maltrattanti, e quindi disadattive, provocano credenze distorte, bias di memoria, attribuzioni sbagliate e valutazioni incongruenti di sé stessi e dell'ambiente esterno (Baer, Peters, Eisenlohr-Moul, Geiger e Sauer, 2012; Gagnon et al., 2013). Secondo vari studi alcune predisposizioni biologiche, come l'impulsività, considerata altamente ereditabile, interagiscono con l'ambiente e aumentano il rischio di disregolazione emotiva nel bambino. Proprio per questo, se l'impulsività (parte biologica) si unisce ad un ambiente maltrattante (parte contestuale) è molto probabile che ne derivi un bambino con scarso autocontrollo, mancato problem solving e mancanza di perseveranza (Beauchaine & Neuhaus, 2008; Wills & Dishion, 2004). L'impulsività può essere definita come una predisposizione a reagire rapidamente a stimoli interni ed esterni senza previa pianificazione e quindi senza considerare le possibili conseguenze per sé e per gli altri (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001).

L'autocontrollo, processo che dovrebbe mediare l'impulsività, è la capacità di controllare il proprio comportamento al fine di raggiungere un obiettivo ed è tendenzialmente basso nei bambini maltrattati. Secondo uno studio il basso controllo dei bambini maltrattati era associato longitudinalmente a salute fisica peggiore, aumentata possibilità di dipendenza da sostanze, abbandono scolastico e genitorialità precoce (Moffitt et al., 2011). Ciò è rilevante in quanto l'autocontrollo è considerato un tratto relativamente stabile per tutta la vita (Casey et al., 2011). In altre ricerche è risultato come i bambini maltrattati mostrino anche basso controllo cognitivo e bassa memoria di lavoro (WM) rispetto ai controlli (Weintraub et al., 2013; Zelazo et al., 2013). L'autoregolazione è considerata a sua volta un processo che include il controllo cognitivo, l'attenzione, la definizione di obiettivi, il monitoraggio, l'uso di una strategia adeguata e la gestione delle emozioni (Kopp, 2002; Murray & Kochanska, 2002; Muthukrishna, 2000; Thompson, 1994). Queste componenti sono sia cognitive che emotive ed entrambe sono fondamentali per lo sviluppo



di un bambino sano, indipendente e autosufficiente che sa regolare e gestire la parte cognitiva di sé, ad esempio, ottenendo buoni risultati scolastici, ma anche quella emotiva, stabilendo buone relazioni sociali (Schatz et al., 2008).

Secondo varie evidenze empiriche, la disregolazione emotiva media l'associazione tra autolesionismo adolescenziale e difficoltà relazionali; in particolare, la disregolazione emotiva media tra la gravità dell'esposizione al maltrattamento infantile e la frequenza dell'autolesionismo (Peh et al., 2017). L'esposizione a maltrattamenti più gravi risulta associata a maggiore disregolazione emotiva, aumento di impulsività e nevroticismo, sintomi depressivi e comportamenti violenti e delinquenti in adolescenza (Adrian, Zeman, Erdley, Lisa & Sim, 2011; Braquehais, Oquendo, Baca-Garcia & Sher, 2010; Coohy, Renner, Hua, Zhang & Whitney, 2011; Hopfinger, Berking, Bockting & Ebert, 2016; Sandberg, 1989). La regolazione emotiva è un costrutto usato per collegare il maltrattamento sui minori all'insorgenza della psicopatologia, in quanto la disregolazione dovuta al maltrattamento infantile è associata -a lungo termine- alla manifestazione di sintomi psicopatologici sia internalizzanti che esternalizzanti (Dvir et al., 2014), ma anche all'aumento di resilienza (McLafferty et al., 2020). Secondo alcuni studi la regolazione adattiva delle emozioni, ovvero la capacità di riconoscere le emozioni e controllarle in maniera adeguata, e la labilità/negatività, ovvero la tendenza inappropriata a reagire negativamente e rapidamente, riprendendosi con difficoltà, sono due domini che funzionano in maniera disfunzionale nei bambini maltrattati (Kim, Spoon, Cicchetti & Rogosch, 2013; Shipman et al., 2007).

Analizzando le differenze riscontrate dai vari studi in base al tipo di violenza, una maggiore gravità dell'abbandono emotivo e fisico dell'infanzia, piuttosto che dell'abuso, è associata a una maggiore alessitimia, cioè maggiore difficoltà nell'identificare ed etichettare gli stati emotivi e difficoltà nella comunicazione emotiva (Zlotnick et al., 2001). A livello specifico, alcuni studi hanno riscontrato che i problemi comportamentali e le capacità di regolazione delle emozioni dei bambini vittime di abusi fisici erano paragonabili a quelli riscontrati nei bambini in età prescolare trascurati, indipendentemente dalla loro storia di violenza tra adulti (Maughan & Cicchetti, 2002). I bambini in età prescolare vittime di abusi fisici provenienti da famiglie ad alto conflitto hanno dimostrato di manifestare più aggressività e più risposte di coping (Cumming et al., 1994), mentre i bambini abusati manifestavano maggiore paura (Hennessy et al., 1994). Nel complesso, i bambini abusati fisicamente erano più sintomatici rispetto ai loro coetanei non maltrattati, seguiti dai bambini nel gruppo trascurato; i due gruppi di maltrattamento (negligenza e maltrattamento fisico) hanno mostrato un comportamento simile (Maughan & Cicchetti, 2002). Per quanto la disregolazione emotiva e comportamentale sia presente in tutte le famiglie violente, alcuni studi che hanno

confrontato le esperienze di bambini vittime di abusi sessuali intrafamiliari con bambini vittime di maltrattamento fisico hanno rilevato che, per quanto fossero entrambe situazioni gravi, nel primo caso il livello di confusione era più elevato perché un caregiver che richiede dal proprio figlio risorse emotive e sessuali provoca un livello maggiore di disorganizzazione rispetto al secondo in cui, per quanto coercitiva e sbagliata, la funzione genitoriale è chiara (Howes et al., 2000).

Altri studi hanno rilevato differenze di genere: una maggiore esposizione all'abuso psicologico era associata a livelli più alti di internalizzazione nelle ragazze adolescenti con difficoltà nel controllo inibitorio affettivo; viceversa, le adolescenti che mostravano meno difficoltà di controllo riportavano anche meno problemi internalizzanti nonostante fossero ugualmente sottoposte ad abuso psicologico; questa differenza non permaneva per gli adolescenti maschi (Sætren et al., 2021). A prescindere dal genere, lo scarso controllo inibitorio è un fattore di rischio a sviluppare psicopatologie future nei bambini e negli adolescenti maltrattati (McLaughlin et al., 2020). Ciò accade anche perché, come suggerisce Pollak (2008, p.371) "il fallimento delle capacità di regolazione è un collegamento prossimale tra le prime esperienze e i problemi dei bambini abusati, e rende ciò che è adattivo all'interno di un ambiente violento disadattivo in contesti sociali più normativi". A conferma di ciò è stato dimostrato come i problemi di controllo degli impulsi possono essere associati all'abuso di sostanze, mentre i problemi di regolazione emotiva sono correlati ai problemi relazionali (Cloitre et al., 2019). A livello di strategie, alcune inefficaci associate alla disregolazione emotiva includono maggior uso di ruminazione, soppressione ed evitamento (Messman-Moore & Bhuptani, 2017).

La disregolazione emotiva spesso sfocia in comportamenti esternalizzanti inappropriati come l'aggressività o manifestazioni affettive non congruenti al contesto (Messman-Moore & Bhuptani, 2017). È frequente che i bambini vittime di violenza sviluppino disregolazione emotiva e degli impulsi, mostrando anche comportamenti esternalizzanti molto aggressivi; a causa di questi comportamenti dirompenti è più probabile che vengano rifiutati dai coetanei, rimanendo privi di un'altra esperienza di socializzazione fondamentale, dato che l'esperienza di socializzazione primaria con la famiglia nucleare è distorta. Questo ulteriore rifiuto rende i bambini ancora più vulnerabili allo stress, per cui è molto probabile che sviluppino una sintomatologia esternalizzante o internalizzante ancora più elevata. Secondo alcuni studi gli abusi fisici sui minori e gli abusi emotivi sono noti predittori della perpetrazione della violenza e della vittimizzazione tra pari. (Cicchetti & Valentino, 2006).

## **2.5 Violenza e relazioni interpersonali**

La regolazione adattiva delle emozioni permette di stabilire relazioni positive con i coetanei, ad esempio, attraverso la prosocialità e l'empatia, fondamentali per il benessere e lo sviluppo delle competenze sociali; il sostegno e l'accettazione tra pari servono da meccanismi protettivi e le relazioni positive mitigano il rischio di interiorizzare la sintomatologia (Kim & Cicchetti, 2010; Taussing, 2002).

I modelli operativi interni negativi appresi tramite relazioni di attaccamento disfunzionali tendono a generalizzarsi alle relazioni tra pari e questo sfocia in comportamenti disregolati da parte del bambino maltrattato e reazioni di rifiuto da parte dei pari (Shields, Ryan & Cicchetti, 2001). Secondo alcuni studi, i giovani maltrattati sperimentano nelle relazioni con i pari meno qualità positive, come prosocialità e comportamento adeguato e competente, e più qualità negative come aggressività, isolamento e rifiuto rispetto ai non maltrattati (Alink et al., 2012). Inoltre, mostrano un atteggiamento ipereccitato e ipervigilante, che aiuta in contesti imprevedibili e violenti per il mantenimento della sicurezza ma all'esterno risulta inappropriato. Analizzando le differenze di genere, alcune ricerche hanno evidenziato come le bambine che hanno subito abusi emotivi, trascuratezza fisica o maltrattamenti fisici all'inizio della loro vita abbiano meno probabilità di basare i loro sentimenti di autostima sul supporto familiare e sull'approvazione percepita (Kim & Williams, 2009). In generale, il rifiuto da parte dei coetanei conferma al bambino il suo essere inadeguato e meritevole di rifiuto e isolamento, confermando gli schemi distorti e i ruoli familiari appresi (Shields et al., 2001; Thompson & Calkins, 1996).

Oltre i comportamenti già elencati, è possibile che si verifichi un'ulteriore dinamica familiare disfunzionale che è stata evidenziata e descritta dagli studi di Troy e Sroufe (1987): i contesti familiari maltrattanti sono organizzati secondo ruoli, tra cui il più frequente è vittima-carnefice; allo stesso modo i bambini, avendo interiorizzato entrambi i ruoli, possono replicare queste dinamiche nell'ambiente esterno, diventando a loro volta abusatori con i coetanei (Margolin, 1998; Troy & Sroufe, 1987).

Bambini e giovani abusati hanno la possibilità di sviluppare relazioni con i pari ma è più difficile rispetto ai non maltrattati perché sono più conflittuali, soprattutto nelle situazioni in cui le capacità emotive vengono messe alla prova, come durante le attività competitive. Inoltre, mostrano meno comportamenti affettuosi e spesso reagiscono in modo inappropriato anche dinanzi a gesti non minacciosi; tuttavia, se riescono a sviluppare e mantenere nel tempo una relazione salda conseguentemente anche la loro autostima migliora (Cicchetti & Valentino, 2006).

L'età di insorgenza, la gravità e la cronicità di abuso sono i fattori che rendono il disadattamento e l'incompetenza sociale dei bambini abusati più o meno incisiva: minore sarà l'età di insorgenza e maggiore la gravità e la cronicità dell'abuso, più saranno alti il disadattamento e l'incompetenza sociale. La cronicità del maltrattamento, in particolare, è associata a livelli maggiori di aggressività e rifiuto e basso o assente apprezzamento da parte dei pari (Cicchetti & Valentino, 2006).

Le difficoltà interpersonali con i coetanei spiegano in parte l'associazione tra maltrattamento infantile e sintomi psicopatologici in quanto le percezioni di solitudine e insoddisfazione sociale nei confronti di coetanei mediano tra il maltrattamento e l'internalizzazione o l'esternalizzazione dei sintomi (Appleyard et al., 2010).

## **2.6 L'autolesionismo: definizione ed epidemiologia**

L'autolesionismo è definibile come una serie di comportamenti deliberati, solitamente reiterati nel tempo -come tagliare, graffiare, colpire o bruciare la propria pelle- con il fine di arrecare ferite più o meno profonde, senza intento suicidario cosciente (Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012). Per quanto questi atti non siano fatali, le lesioni inflitte richiedono spesso cure mediche e aumentano il rischio di suicidio (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007).

Negli Stati Uniti l'autolesionismo deliberato è abbastanza comune; secondo studi la popolazione generale riporta una storia di autolesionismo tra il 4% - il 30% (Batey, May & Andrade, 2010), mentre gli studenti universitari hanno ammesso di aver commesso almeno una volta nella vita questi comportamenti tra il 12%-38% (Borrill, Fox, Flynn & Roger, 2009). In Italia studi longitudinali hanno mostrato come l'età di esordio si aggiri tra i 12 e i 14 anni (Nock, 2009; Radham & Hawton, 2009) e l'incidenza vari tra il 17% e il 41% e sia sempre più in aumento (Cerutti et al., 2011; Whitlock et al, 2006).

Lo sviluppo di un comportamento autolesionista è molto legato anche all'ambiente: secondo il modello biosociale di Linehan (1993) un ambiente negativo considerato invalidante, come quello che si crea con caregiver maltrattanti o abusanti, crea nel bambino vulnerabilità emotiva data dall'interazione di fattori ambientali e fattori genetici. Questo può plausibilmente condurre all'autolesionismo deliberato poiché la vulnerabilità implica bassa tolleranza verso gli stimoli emotivi e reazioni forti di risposta (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993).

La ricerca ha fornito ampie prove circa l'associazione tra autolesionismo e maltrattamento e abuso (Carlson, & Egeland, 2008; Madge et al., 2011; Wan, Chen, Sun & Tao, 2015). L'abuso e il

maltrattamento possono condurre ad una forte interiorizzazione che può provocare un aumento dell'ideazione suicidaria e, in estremo, il tentato suicidio (Paul et al., 2017; Vaughn et al., 2015).

Secondo una ricerca di archivio di Hurley e colleghi (2009) i giovani in assistenza residenziale hanno maggiori possibilità di autolesionismo e psicopatologia a causa delle loro esperienze di vita avverse, le interruzioni nelle reti di supporto sociale e gli spostamenti transitori tra comunità (Gabrielli et al., 2015; Hurley et al., 2009). I giovani in affido a causa dei maltrattamenti hanno, secondo studi, un tasso di ideazione suicidaria che varia dal 7% al 25% (Anderson, 2011; Pilowsky & Wu, 2006), e tassi di suicidio tra l'8% e il 15% (Leslie et al., 2010).

### **2.6.1 Violenza e autolesionismo**

Il maltrattamento infantile e le esperienze traumatiche infantili sembrano aumentare le probabilità di rischio di autolesionismo non suicidario, comportamenti suicidari e tentato suicidio diretto o attraverso altri fattori di rischio (Gomez et al., 2015; Serafini et al., 2017). Studi hanno dimostrato che l'autolesionismo deliberato è associato a vari fattori di rischio biologici come basso peso alla nascita, psicologici come il tratto impulsivo-aggressivo e sociali come il basso reddito (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012). L'esposizione cumulativa a molteplici esperienze infantili avverse amplifica ancor di più il rischio di autolesionismo e la gravità dell'esposizione (Layne et al., 2014).

I comportamenti autolesionistici possono essere utilizzati come strategia compensativa per affrontare e regolare le emozioni angoscianti derivate dalle esperienze di maltrattamento (Bentley et al., 2014; Ford e Gómez, 2015; Peh et al., 2017). Possono essere usati per auto-punirsi, a causa degli intensi sentimenti di colpa, vergogna e autocritica o auto-lenire per avere un senso di controllo ed efficacia. In generale possono essere considerati come un tentativo disadattivo per far fronte alla disregolazione emotiva causata dal maltrattamento (Ford & Gómez, 2015; Lang & Sharma-Patel, 2011).

Chi commette atti di questo tipo sperimenta a breve termine: riduzione della tensione, euforia, rilascio di rabbia, soddisfazione dall'autopunizione, sollievo dai sentimenti di angoscia e depressione (Favazza & Rosenthal, 1993); tuttavia è possibile sperimentare anche sensazioni molto negative come sentimenti di vergogna, colpa e rimpianto e difficoltà intrapersonali ed interpersonali (Gratz, 2006). Per questo non deve sorprendere che il comportamento autolesionistico provochi l'interruzione di relazioni sia interpersonali che terapeutiche.

Oltre i rischi psicologici e sociali, ci sono anche quelli fisici come infezioni, cicatrici permanenti e morte accidentale, per questo è fondamentale identificare i predittori di autolesionismo e tra questi vi sono: l'impulsività, la disregolazione emotiva e il maltrattamento infantile (Arens et al., 2012; Buckholdt, Parra & Jobe-Shields, 2009; Linehan, 1993; Ogle & Clements, 2008).

Uno studio ha suggerito che l'abuso sessuale e il maltrattamento fisico possono avere un impatto maggiore sui comportamenti autolesionistici deliberati rispetto agli altri tipi di maltrattamento (Miller, Esposito-Smythers, Weismore & Renshaw, 2013). Questo accade perché nelle esperienze di questo tipo vi è una violazione dei confini corporei attraverso la quale vengono svalutati e disumanizzati, per cui, perdendo valore, colpisci e creare altre lesioni oltre quelle presenti è considerato normale (Wiederman et al., 1999). Secondo altre ricerche, i bambini piccoli trascurati erano maggiormente a rischio rispetto a chi aveva subito altri tipi di violenza (Paul et al., 2017).

Altri studi hanno mostrato che le distorsioni cognitive potrebbero mediare tra i comportamenti impulsivi autolesivi e il maltrattamento infantile (Browne & Winkelman, 2007).

## **2.7 Abuso di sostanze: definizione ed epidemiologia**

“Il disturbo da uso di sostanze è un cluster di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano come l'individuo continui a fare uso della sostanza nonostante i significati problemi correlati” (DSM-V, pag. 565). Dal punto di vista neurologico queste sostanze modificano i circuiti cerebrali compromettendoli in modo permanente; a livello comportamentale il *craving* per la sostanza può provare comportamenti e atti di qualsiasi tipo, pur di ottenere la sostanza. Ciò che rende pericolosa la sostanza è il forte stato di dipendenza che può provocare: “l'individuo può assumere la sostanza per periodi più lunghi o in maggiori quantità rispetto a quelle prefissate (criterio 1); può tentare di diminuire o regolare l'uso della sostanza, senza riuscirci (criterio 2); l'individuo può continuare ad utilizzare la sostanza nonostante abbia persistenti e ricorrenti problemi sociali o interpersonali (criterio 6); può assumere la sostanza in modo corrente in situazioni in cui è fisicamente pericoloso (criterio 8); l'uso può continuare anche dopo l'insorgenza di problemi fisici o psicologici spesso causati proprio dalla sostanza (criterio 9); l'uso porta allo sviluppo della tolleranza, ovvero l'aver bisogno di dosi sempre più marcate della sostanza per ottenere l'effetto desiderato (criterio 10); le concentrazioni di una sostanza nel sangue o nei tessuti declinano in un individuo che ha mantenuto un pesante o prolungato uso della sostanza. Dopo aver sviluppato astinenza si tenderà a consumare la sostanza per attenuare i sintomi (criterio 11)” (DSM-5, pag. 565-566).

Tra campioni rappresentativi di adolescenti, la prevalenza dell'abuso di sostanze e della dipendenza tra le vittime di violenza sessuale varia dal 5% per l'abuso e la dipendenza da droghe pesanti all'11% per l'abuso e la dipendenza da marijuana al 13% per l'abuso e la dipendenza da alcool (Walsh et al., 2012).

Ci sono quattro principali domini di comportamento a rischio che sono stati esaminati negli adolescenti maltrattati e in quelli maltrattati in affidamento: sessuale, delinquente/violento, uso di sostanze e comportamenti suicidi/autodistruttivi (Widom, 1994). Gli adolescenti in affido, però, hanno cinque volte la possibilità in più di sviluppare disturbi da uso di sostanze, in particolare tossicodipendenza, rispetto ai controlli (Mercenko, 2000).

### **2.7.1 Violenza e abuso di sostanze**

Pratiche di gestione familiare inadeguate e incoerenti, elevato conflitto familiare e scarso legame con la famiglia sono rischi per l'abuso di sostanze da parte degli adolescenti e questi fattori sono anche caratteristici della disfunzione nelle famiglie maltrattanti in cui si verificano abuso e abbandono (Cicchetti & Valentino, 2006). Il maltrattamento funge da catalizzatore, in molti bambini, per sviluppare caratteristiche di personalità infantili disadattive che contribuiscono a problemi di esternalizzazione da preadolescenti e a loro volta influenzano l'abuso e la dipendenza da cannabis (Oshri et al., 2011). La ricerca ha dimostrato che gli adolescenti con una storia di maltrattamento hanno sperimentato alcol e droghe in età precoce e hanno maggiori possibilità di diventarne dipendenti (Rotheram-Borus et al., 1996; Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996).

L'adattamento compromesso nell'area sociale e accademica contribuisce all'associazione con coetanei devianti che intensificano l'accesso e la modellazione dell'abuso di sostanze, contribuendo all'inizio precoce del consumo di droghe. I bambini nelle famiglie maltrattanti sono esposti a una progressione di fattori di rischio correlati al coinvolgimento di sostanze adolescenziali e questo amplifica la loro vulnerabilità per gli esiti dell'abuso di sostanze (Rogosch et al., 2010). I problemi con il consumo di cannabis sono stati identificati come particolarmente salienti tra i giovani e i giovani adulti maltrattati (Fergusson et al., 2007). Widom (2006) ha identificato costante consumo di cannabis tra individui maltrattati che si estende fino alla mezza età adulta (Widom et al., 2006). L'uso di droghe è, secondo studi, fortemente associato a comportamenti violenti e delinquenti tra gli adolescenti (Dembo et al., 1989).

A livello specifico e in termini di relazione tra tipo di maltrattamento e comportamenti a rischio, l'abuso fisico e l'abbandono erano correlati rispettivamente a una maggiore delinquenza e all'uso di

sostanze (Taussig et al., 2014; Widom et al., 1999; Widom et al., 2006): l'abuso di cannabis da parte di adolescenti e giovani adulti è stato collegato a problemi di esternalizzazione e crescita in ambienti avversi e disfunzionali (Hayatbakhsh et al., 2009; Tubman, Oshri, Taylor & Morris, 2011).

Gli abusi fisici sui minori e gli abusi emotivi sui minori sono ben noti predittori della perpetrazione della violenza e della vittimizzazione tra pari (Day et al., 2013).

A livello di differenza di genere, l'abuso sessuale è molto più diffuso tra le donne rispetto agli uomini e questo ha predetto un aumento dei tassi di consumo di tabacco, marijuana e altre droghe illecite; questo era però mediato dall'amore verso Dio: le donne che erano molto credenti utilizzavano questo come meccanismo protettivo e regolatorio, piuttosto che l'uso di sostanze (Kim & Williams, 2009).

## **2.8 Conseguenze dell'affido nei giovani vittime di violenza**

I bambini che entrano in affido manifestano una serie di problemi emotivi, comportamentali, sociali e di sviluppo. I loro problemi non cessano dopo l'arrivo in comunità residenziali o in affido; infatti, oltre ad avere un rischio maggiore di sperimentare eventi negativi, spesso vengono rimossi e isolati da casa, scuola, amici e familiari e cambiano frequentemente collocamento. A causa di tutto ciò rischiano ancor più problemi emotivi e comportamentali perché non hanno le risorse adeguate per gestire i molteplici fattori stressanti associati ai vari cambiamenti che devono subire (McDonald, Allen, Westerfelt & Piliavin, 1996; Taussig, 1998), considerando anche le condizioni ambientali che hanno precedentemente dovuto affrontare come l'abbandono, l'abuso, la dipendenza o la psicopatologia dei genitori o altre condizioni ugualmente deleterie (Pilowsky et al., 2006).

Secondo alcuni studi è maggiore la possibilità che i bambini maltrattati in affido abbiano difficoltà a comprendere le relazioni causali tra le loro condizioni e che questo, quindi, comporti impotenza appresa, diminuzione del senso di autoefficacia (Thompson, Potter, Sanderson, & Maibach, 1997), bassa autostima, autosvalutazione, mancanza percepita di controllo e disperazione; tutto ciò sfocia in ulteriore attuazione di comportamenti a rischio (Becker-Lausen, Saunders & Chinsky, 1995; Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa & Turbin, 1995).

Alcuni studi hanno scoperto che gli individui maltrattati e i giovani dati in affido hanno maggiori probabilità di impegnarsi in una serie di comportamenti sessuali a rischio rispetto ai loro coetanei non abusati. Tali comportamenti includono: l'inizio di rapporti sessuali in età precoce, avere un numero maggiore di partner sessuali, usare raramente o in modo incoerente la contraccezione e



scambiare sesso per denaro o droghe (Risley-Curtiss, 1997). Tra questi, la possibilità di diventare vittime di violenza sessuale è legata all'esposizione ad una serie di comportamenti rischiosi rilevanti per la salute, tra cui l'attività sessuale con un numero maggiore di partner sessuali, avere rapporti sessuali non protetti più frequenti e scambiare sesso con beni e servizi più spesso rispetto a quelli senza storie di abusi sessuali (Senn, Carey & Coury-Doniger, 2011). Studi prospettici longitudinali su casi comprovati di abusi e maltrattamenti sui minori rivelano che i bambini vittime di abusi sono a maggior rischio di sviluppare promiscuità, prostituzione e HIV in età adulta (Wilson & Widom, 2008), tendenza ad avere anche più partner sessuali, gravidanze indesiderate, aborti e infezioni trasmesse sessualmente rispetto a chi non è stato vittima di abuso sessuale (Van Roode, Dickson, Herbison & Paul, 2009).

Inoltre, la ricerca ha costantemente evidenziato collegamenti tra abuso sessuale e il successivo lavoro sessuale (Arriola, Loudon, Doldren & Fortenberry, 2005). Ad esempio, il lavoro di Chesney-Lind e Pasko (2013) illustra bene i modi in cui l'abuso sessuale può motivare gli adolescenti a fuggire dalle loro case e trascorrere più tempo per strada, dove corrono un rischio maggiore rispetto a coloro che vivono a casa per impegnarsi in scambi sessuali per soddisfare i loro bisogni primari. A sua volta, lo scambio sessuale è associato ad un alto rischio di uso di droghe per tutte le lavoratrici del sesso, la maggior parte delle quali sono donne (Surratt et al., 2004). Una volta che gli individui sono coinvolti nello scambio sessuale, le lavoratrici del sesso possono usare droghe per far fronte allo stress e al degrado associati al loro lavoro (Romero-Daza, Weeks & Singer, 2003; Verona et al., 2015). Il lavoro teorico supporta l'idea che lo scambio sessuale media l'impatto del maltrattamento infantile sui risultati del consumo di droga (Verona et al., 2015). Anche i comportamenti autolesionistici e i tassi di ideazione suicidaria sono notevolmente alti (Anderson, 2011; Pilowsky & Wu, 2006; Taussig et al., 2014); gli ex bambini affidatari hanno spesso esiti negativi multipli nell'età adulta (Pilowsky & Wu, 2006).

## CAPITOLO 3: LA RICERCA

### 3.1 Obiettivo della ricerca e ipotesi

Per maltrattamento infantile si intende ogni forma di maltrattamento e abuso su minore ed è suddiviso in diverse categorie: incuria o trascuratezze emotiva, incuria fisica, maltrattamento psicologico, maltrattamento fisico, abuso sessuale e tratta e prostituzione (CISMAI, 2013). Queste forme di violenza vengono spesso vissute in modo combinato e hanno conseguenze negative che si ripercuotono nell'adolescenza e nella vita adulta (Flynn & Rogosch, 2014).

Le possibili conseguenze negative sono di tipo internalizzante o esternalizzante. Le conseguenze internalizzanti prendono questo nome poiché sono interne, non visibili esternamente o ad una prima osservazione ma ugualmente deleterie; gli stati interni cognitivi ed emotivi sono regolati in maniera inappropriata, tendenzialmente eccessiva ed ipercontrollante. Le conseguenze esternalizzanti riguardano invece l'esterno, sono visibili e caratterizzate da carenza di controllo e autoregolazione che si tramuta in agito. Quando una fonte di stress, che sia interna o esterna, risulta difficile da affrontare e vengono usate come strategie (disfunzionali) il ritiro o la messa in atto di azioni che non valutano le conseguenze, si può parlare di agito (PDM-2). Alcune variabili indagate da questa tesi rientrano in queste classificazioni poiché sono associate a questi problemi; in particolare, bassa autostima e difficoltà relazionali rientrano nelle conseguenze internalizzanti, mentre discontrollo emotivo e degli impulsi, abuso di sostanze e autolesionismo in quelle esternalizzanti. Abuso di sostanze e autolesionismo possono essere considerati agiti (PDM-2).

La ricerca presentata in questa tesi è stata svolta presso l'associazione Welcome di Padova, una comunità minorile femminile divisa in più strutture che attualmente accoglie e si occupa di minori vittime di violenza; tra questi vi sono anche vittime di tratta e prostituzione. In questa tesi è stata effettuata un'analisi di archivio contenente dati raccolti dal 2011 al 2022 con l'obiettivo primario di catalogare in modo chiaro e completo tutti i dati riguardanti le vittime che hanno vissuto o vivono attualmente nella Comunità, in modo da delineare alcuni rischi futuri predicibili dovuti all'esperienza di maltrattamento. Per poter delineare un buon quadro si è scelto di utilizzare alcune variabili che racchiudessero al meglio l'esperienza di queste vittime e che fossero paragonabili con le informazioni presenti in letteratura riguardanti l'esperienza e le conseguenze della violenza minorile.

Al fine di raggiungere l'obiettivo si sono valutate sei ipotesi a carattere confermativo:

1. La prima ipotesi indaga una delle conseguenze internalizzanti più presenti nelle vittime di violenza: la bassa autostima. Sono vari gli studi che sottolineano questo effetto provocato

dall'interiorizzazione di sentimenti e messaggi negativi che colpiscono l'individuo durante o a seguito dell'esperienza abusiva o di trascuratezza (Rotheram-Borus et al., 1996; Widom, 1994). Si ipotizza, quindi, che anche nel presente campione si registrino bassi livelli di autostima.

2. In secondo luogo si vuole indagare su un aspetto molto visibile nei contesti comunitari: le relazioni interpersonali. Secondo molte ricerche i modelli operativi interni negativi appresi tramite relazioni di attaccamento disfunzionali, condizione che si verifica in contesti abusanti, tendono a generalizzarsi alle relazioni tra pari e questo sfocia in comportamenti disregolati da parte del bambino maltrattato e reazioni di rifiuto da parte dei pari (Shields, Ryan & Cicchetti, 2001). Nell'ambiente della comunità residenziale, composto da minori e da educatori e psicologi, le relazioni interpersonali dovrebbero svilupparsi naturalmente e qualora questo non succedesse sarebbe molto visibile, soprattutto in comunità come la Welcome in cui il numero di residenti è davvero esiguo. Premesso ciò, si ipotizza che le relazioni interpersonali minore-minore e minore-adulto siano poco stabili e compromesse in un primo momento e che nell'arco del tempo di permanenza migliorino. Per quanto riguarda le relazioni interpersonali esterne all'ambiente comunitario, si ipotizza siano altrettanto difficili e disfunzionali.
3. La terza domanda di ricerca si sofferma sugli agiti, in particolare sulla disregolazione emotiva e sulla disregolazione degli impulsi. Come dimostrato nella letteratura, in ambienti maltrattanti lo sviluppo delle sane capacità di regolazione emotiva è interrotto, anzi, è compromessa la capacità di identificazione delle emozioni ed è ancora più complicato trovare strategie adattive per tollerarle (Lang & Sharma-Patel, 2011; Yates, 2009). Inoltre, è stato riscontrato un aumento della vigilanza, dell'aggressività e della disregolazione comportamentale nei bambini maltrattati in età prescolare e nella prima età scolare rispetto ai controlli non maltrattati (Rieder & Cicchetti, 1989), ma anche dell'introversione nei contesti sociali e tra pari (Haskett & Kistner, 1991). L'abuso e il maltrattamento erano anche correlati a deficit cognitivi che influenzavano il processo decisionale, i processi di inibizione e la capacità di svolgere compiti complessi (Braquehais, Oquendo, Baca-Garcia & Sher, 2010). Premesso ciò, si ipotizza che il presente campione abbia un alto livello di disregolazione emotiva e degli impulsi e che abbia, quindi, da un lato difficoltà nel riconoscimento delle emozioni e dall'altro che esprima ciò attraverso aggressività e impulsività valutabile attraverso agiti come i tentativi di fuga dalla struttura.
4. Rimanendo nell'ambito degli agiti, sono vari gli studi che collegano il subire violenza all'autolesionismo. Come evidenziato dalla letteratura, i comportamenti autolesionistici

- possono essere utilizzati come strategia compensativa per affrontare e regolare le emozioni angoscienti derivate dalle esperienze di maltrattamento (Bentley et al., 2014; Ford & Gómez, 2015; Peh et al., 2017). Chi commette atti di questo tipo sperimenta a breve termine: riduzione della tensione, euforia, rilascio di rabbia, soddisfazione dall'autopunizione, sollievo dai sentimenti di angoscia e depressione (Favazza & Rosenthal, 1993). Proprio per questo si ipotizza che nel campione ci siano alti tassi di autolesionismo.
5. Anche l'abuso di sostanze è spesso correlato alla violenza, in particolare, tra campioni rappresentativi di adolescenti, la prevalenza dell'abuso di sostanze e della dipendenza tra le vittime di violenza varia dal 5% per l'abuso e la dipendenza da droghe pesanti all'11% per l'abuso e la dipendenza da marijuana (Walsh et al., 2012). Pratiche di gestione familiare inadeguate e incoerenti, elevato conflitto familiare e scarso legame con la famiglia sono rischi per l'abuso di sostanze da parte degli adolescenti; la ricerca ha dimostrato che gli adolescenti con una storia di maltrattamento hanno sperimentato alcol e droghe in età precoce e hanno maggiori possibilità di diventarne dipendenti (Rotheram-Borus et al., 1996; Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996). Premesso ciò, si ipotizza che le persone facenti parte del campione abbiano provato e fatto uso di sostanze stupefacenti in passato e/o lo facciano attualmente.
  6. Infine, la sesta ipotesi riguarda in particolare l'esperienza di abuso che si verifica nei contesti di tratta e prostituzione. I bambini colpiti vivono spesso la loro vita in preda alla paura poiché costantemente minacciati, anche attraverso strumenti coercitivi e torture (Demetriou, 2002), a cui si aggiungono costanti stupri e aggressioni sessuali che fanno parte della loro quotidianità. I sopravvissuti alla tratta soffrono spesso anche di sintomi post-traumatici (Crawford & Kaufman, 2008; Meshkovska et al., 2015) che possono includere ansia, depressione, disturbi di panico, incubi e insonnia (Clawson, Salomon, & Goldblatt, 2008; Huda, 2006) e hanno alte possibilità di fare uso e abuso di droghe, che diventano il mezzo per affrontare e sopportare le esperienze di violenza (Meshkovska et al., 2015). A questo si aggiunge il trauma psicologico di vedere la propria identità totalmente cancellata (Wilson et al., 2014). Le condizioni disumane e le basse aspettative per il futuro creano danni psicologici gravi tanto che oltre il 30% – 46% dei giovani coinvolti nella prostituzione commette autolesionismo e tenta il suicidio (Adlaf & Zdanowicz, 1999; Greene & Ringwalt, 1996; Kidd & Kral, 2002; Molnar, Shade, Kral, Booth, & Watters, 1998; Yoder, 1999). Premesso ciò si ipotizza che tutte le condizioni elencate nelle domande di ricerca precedenti si verificino nella percentuale di campione che ha subito tratta e prostituzione, cioè che

l'uso di sostanze, la pratica dell'autolesionismo, le difficoltà relazionali esterne e interne alla comunità, gli agiti (come le fughe) e la bassa autostima siano tutte presenti.

È chiaro che l'esperienza di vita di una persona non sia catalogabile in qualche variabile, ma classificare permette di valutare l'andamento di alcuni parametri nel tempo, in modo da cercare e trovare le migliori soluzioni possibili e migliorare la prevenzione futura.

Il titolo di questa tesi, "La violenza minorile, le sue vittime e le possibili trasformazioni" racchiude il seguente significato: subire violenza, soprattutto durante l'infanzia, ha delle conseguenze che, per quanto siano classificabili e studiabili, sono indescrivibili per chi le prova. Tutto ciò che si subisce porta alla messa in atto di strategie e azioni, ma soprattutto comporta delle trasformazioni che cambiano indissolubilmente la vittima. È su queste trasformazioni e sulle conseguenti sensazioni e azioni che questa tesi vuole indagare, con il fine ultimo e futuro di arginarle e prevenirle.

### 3.2 Partecipanti

Il campione della ricerca è composto da tutte le ragazze minorenni che hanno vissuto nella comunità Welcome o che attualmente vi risiedono, considerando l'arco temporale 2011-2022.

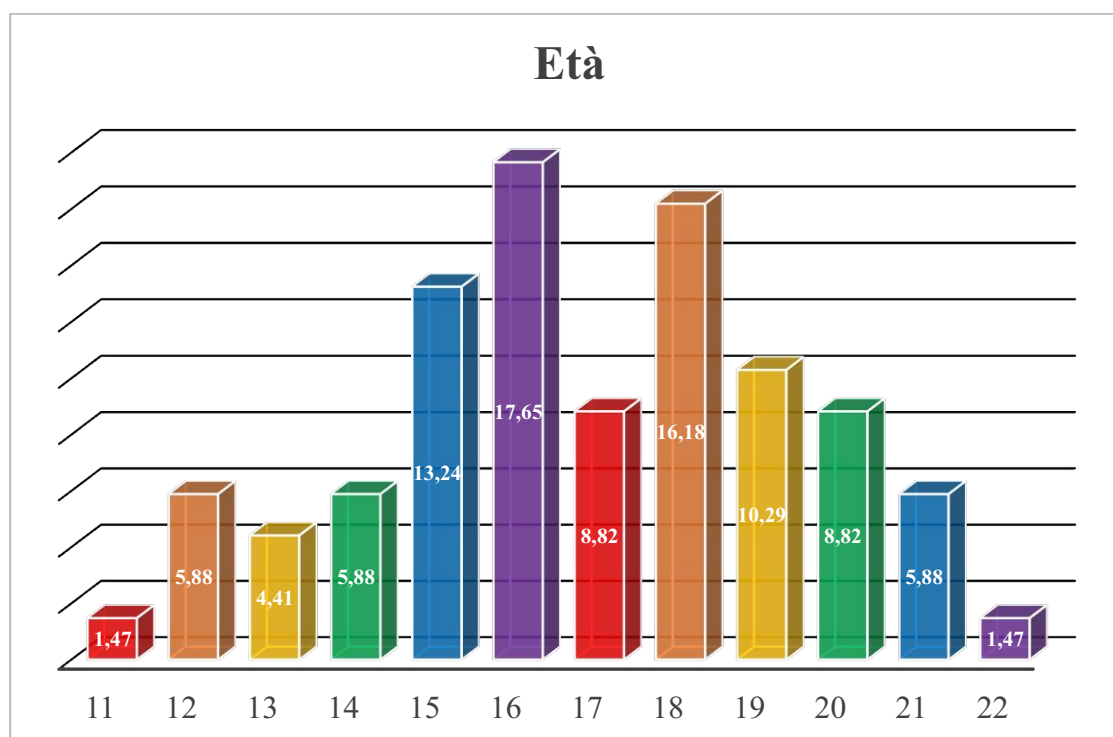
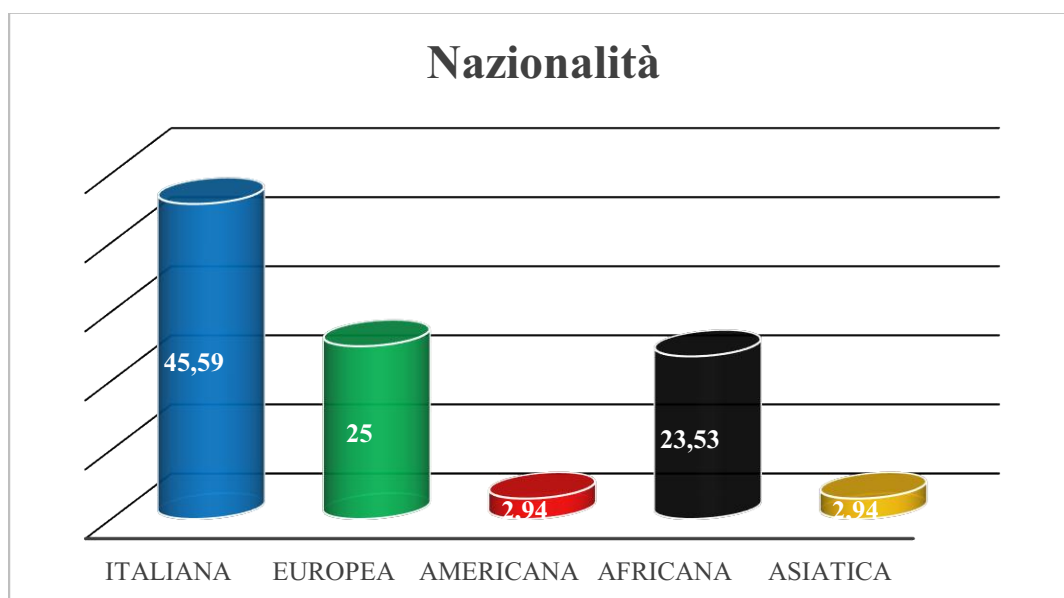


Figura 1 – Età del campione

L'età di arrivo in comunità è molto variegata, infatti, comprende una fascia che va dagli 11 ai 22 anni.

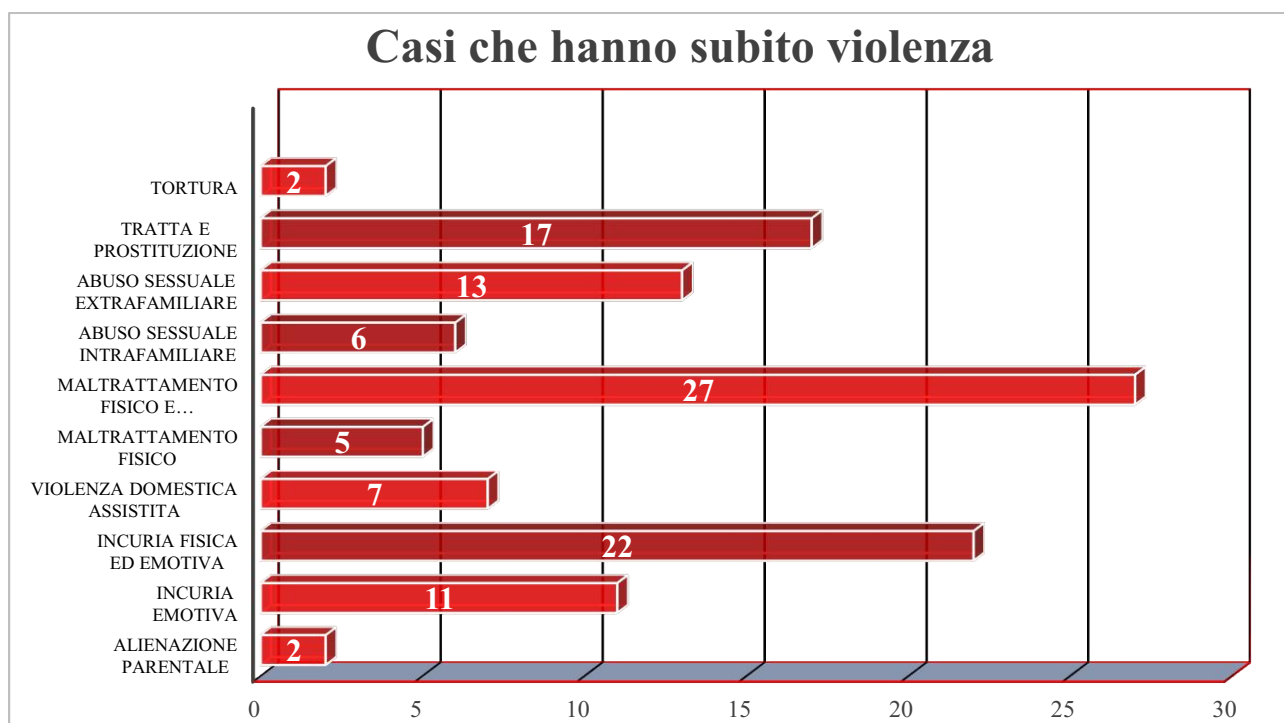
L'età media delle ragazze al momento dell'arrivo in struttura è 16,76 anni (ds= 2,56). L'unico criterio di inclusione necessario del campione è che le ragazze avessero effettivamente vissuto nella comunità; in particolare la durata media del percorso è di 2.07 anni (ds= 1.83); il campione è esclusivamente femminile in quanto la comunità Welcome è destinata solo a residenti donne.

La provenienza delle ragazze prese in esame è molto varia 31 sono italiane e le restanti 35 sono di provenienza internazionale. In particolare: 17 europee, 2 americane, 16 africane e 2 asiatiche.



*Figura 2 – Nazionalità del campione*

Ogni ragazza è stata vittima di almeno una forma di violenza, anche se nella maggior parte dei casi hanno subito plurime forme di violenza in particolare ci sono: 27 casi di maltrattamento fisico e psicologico; 22 casi di incuria fisica ed emotiva; 17 casi di tratta e prostituzione; 13 casi di abuso sessuale extrafamiliare; 11 casi di incuria emotiva; 7 casi di violenza domestica assistita; 6 casi di abuso sessuale intrafamiliare; 5 casi di maltrattamento fisico; 2 casi di alienazione parentale e 2 casi di tortura.



*Figura 3 – Casi che hanno subito violenza*

### 3.3 Procedura

La raccolta dati si è svolta a novembre 2022 e il materiale è stato estrapolato da files cartacei presenti nell'archivio della Welcome e digitali. Con il fine di tracciare al meglio l'esperienza di ogni ragazza si è scelto di raccogliere informazioni suddivise in cinque categorie: minore, genitori (genitore 1 e genitore 2), servizio, fattori di rischio e fattori di protezione.

Le informazioni sul minore riguardano: età al momento della presa in carico ed età attuale, nazionalità, scolarizzazione/professione, certificazioni cliniche, presenza di programmi BES a scuola, diagnosi organica e psicologica, altri servizi che hanno seguito il caso oltre l'associazione Welcome, forma di abuso subita, test e strumenti somministrati, eventuali terapie farmacologiche e psichiatriche, presenza di autolesionismo o meno, partecipazione a percorsi di psicoterapia, contatti con la famiglia.

Per i genitori biologici sono stati considerati: età, nazionalità, livello di istruzione, professione, stato civile e decadenza della responsabilità genitoriale o meno.

Per quanto riguarda il servizio sono stati considerati: l'anno di presa in carico, l'anno di interruzione della presa in carico, il numero dei tentativi di fuga, la durata del percorso, l'eventuale trasferimento in altre strutture e il turnover degli operatori negli anni dal 2011 al 2022.

È stato anche necessario indagare sui fattori di rischio e sui fattori di protezione. I fattori di rischio sono condizioni avverse di particolare vulnerabilità che possono irrompere improvvisamente o meno nella vita e quelli scelti in questa ricerca appartengono a quattro categorie: individuali; inerenti al contesto; prossimali familiari e sociali; percorso scolastico formativo e lavorativo (Ciampa et al., 2020).

Quelli individuali sono così divisi: instabilità relazionale e mancanza di relazioni significative con almeno un adulto significativo del contesto di accoglienza; isolamento e scarse capacità relazionali; ruolo passivo nel proprio percorso educativo e di vita; famiglia monoparentale; presenza di traumi non sufficientemente elaborati; non sentirsi riconosciuti e amati dall'altro; bassa autostima; scarsa progettualità futura; scarsa responsabilizzazione e consapevolezza personale; interruzione dei legami con la famiglia di origine e mancata elaborazione dei nodi critici; uscita brusca ed improvvisa dal contesto di accoglienza (Ciampa et al., 2020).

Quelli inerenti al contesto sono: continui/numerose spostamenti da comunità a famiglie affidatarie o viceversa; mancata costruzione di reti relazionali positive con le ragazze; abuso di sostanze e tipologia di sostanze utilizzate; dinamiche affettive e di cura disfunzionali nella comunità; impulsività, scarsa tolleranza alle frustrazioni; scarsa attenzione ai punti di forza e alle risorse delle ragazze (Ciampa et al., 2020).

Quelli prossimali familiari e sociali sono: gravidanze e maternità non desiderate; relazioni difficili con la propria famiglia di origine e/o con quella del partner (Ciampa et al., 2020).

Quelli riguardo il percorso scolastico formativo e lavorativo sono: insuccesso e dispersione scolastica; mancata acquisizione di competenze e di sviluppo di abilità e capacità (Ciampa et al., 2020).

I fattori di protezione sono fattori che promuovono esiti positivi in situazioni sfavorevoli di disagio e difficoltà e permettono di controbilanciare i fattori di rischio. Sono anch'essi divisi in: individuali, prossimali, inerenti al contesto, prossimali familiari e sociali e percorso scolastico formativo e lavorativo (Ciampa et al., 2020).

Quelli individuali sono: acquisire competenze e abilità pratiche per la gestione della quotidianità; consolidare un attaccamento sicuro ad almeno un operatore o adulto significativo del contesto di accoglienza; sviluppare e consolidare una rete sociale positiva; avere consapevolezza delle difficoltà da superare e degli aspetti del sé da migliorare; autonomia personale; buon livello di autostima (Ciampa et al., 2020).



Quelli inerenti al contesto sono: aiutare e supportare le ragazze nella conoscenza e comprensione della situazione familiare nell'affrontare ed elaborare le relazioni con i diversi componenti della famiglia di origine; garantire stabilità e sicurezza nel contesto di accoglienza; sviluppare e consolidare nelle ragazze una forma mentis orientata alla progettualità futura; far emergere e valorizzare le potenzialità, i talenti e le aspirazioni delle ragazze; garantire un supporto specialistico nelle situazioni di maggiori difficoltà; monitoraggio in itinere dei progetti post-dimissione dai contesti di accoglienza (Ciampa et al., 2020).

Prossimali familiari e sociali sono: relazione attuale soddisfacente almeno con un componente della famiglia di origine e rete di supporto amicale/parentale (Ciampa et al., 2020).

Percorso scolastico formativo e lavorativo sono: raggiungere risultati lavorativi e successi scolastici; acquisire un titolo di studio/qualifica professionale (Ciampa et al., 2020).

### **3.4 Analisi dei dati**

Le analisi statistiche di questi dati sono state condotte tramite il software SPSS versione 24.0.

Si è scelto di indagare le variabili considerate utili al fine di verificare le ipotesi e tutte le variabili sono state impostate come dicotomiche, indicando con il valore “0” l’assenza della variabile e con il valore “1” la presenza. Qui di seguito verranno riportate le variabili scelte e cosa vogliono valutare.

- Per indagare l’autostima si è scelta la variabile “autostima”
- Per indagare le modalità di approccio e lo sviluppo delle relazioni interpersonali sono state utilizzate le variabili: “instabilità relazionale e mancanza di relazioni significative con almeno un adulto nel contesto di accoglienza”; “isolamento e scarse capacità relazionali”; “carenza di relazioni interpersonali fuori dal contesto di accoglienza”; “non sentirsi riconosciuti e amati dall’altro”; “costruzione di reti relazionali positive con le ragazze della comunità”; “dinamiche affettive e di cura disfunzionali”; “interruzione dei legami con la famiglia di origine e mancata elaborazione dei nodi critici”; “consolidamento dell’attaccamento sicuro con almeno un operatore del contesto di accoglienza”; “sviluppo e consolidamento di una rete sociale positiva”
- Per indagare la disregolazione emotiva e degli impulsi sono state considerate queste variabili: “tentativi di fuga e allontanamenti”; “uscita brusca e improvvisa dal contesto di accoglienza”; “impulsività”; “scarsa tolleranza alle frustrazioni”
- Per indagare l’autolesionismo è stata scelta la variabile “autolesionismo”

- Per indagare l'abuso di sostanze è stata selezionata la variabile "abuso di sostanze"
- Per la sesta ipotesi si è scelto di selezionare esclusivamente una parte del campione, ovvero quello soggetto a tratta e prostituzione, e di vedere se tutte le variabili precedenti erano presenti o meno.

## CAPITOLO 4: RISULTATI

In questo capitolo saranno mostrati alcuni grafici derivati dall'analisi delle diverse variabili selezionate; questi grafici saranno poi spiegati successivamente e mostreranno una panoramica generale dei dati raccolti presso la comunità educativa dell'associazione Welcome da cui si trarranno le conclusioni.

I risultati qui presentati seguiranno l'ordine fornito dalle ipotesi e saranno, quindi, divisi in sei gruppi di grafici:

- I. il primo gruppo indaga la presenza di bassa autostima nel campione
- II. il secondo gruppo analizza le capacità relazionali delle ragazze, le loro relazioni all'interno e all'esterno della comunità, con gli educatori, con i coetanei e con i genitori e la loro sensazione di non sentirsi volute e amate con il conseguente isolamento. Non solo si è tenuta in considerazione la quantità delle relazioni interpersonali ma anche la loro qualità, valutando, quindi, le reti sociali positive presenti, l'attaccamento sicuro con almeno una figura educativa e la presenza di dinamiche affettive e di cura disfunzionali
- III. il terzo gruppo si occupa di evidenziare la presenza di eventuale disregolazione emotiva e degli impulsi analizzando sia la variabile dell'impulsività e della scarsa tolleranza alle frustrazioni, sia la messa in atto di agiti come fughe, allontanamenti dalla comunità senza previo consenso e uscita brusca dal contesto comunitario
- IV. il quarto gruppo indaga la pratica di comportamenti autolesionistici
- V. il quinto gruppo ricerca l'uso e abuso di sostanze stupefacenti
- VI. il sesto gruppo si concentra su una parte del campione: le ragazze che hanno subito tratta e prostituzione. Qui si valutano tutte le variabili precedentemente elencate per valutare quanto siano presenti in questa specifica categoria.

#### 4.1 Autostima

La prima variabile ad essere presa in considerazione è appunto l'autostima. Considerando le 68 ragazze che hanno vissuto o che vivono nella comunità educativa dell'associazione Welcome dal 2011 al 2022 il 92,6% di loro mostrava bassa autostima e solo il 7,4% manifestava livelli accettabili.

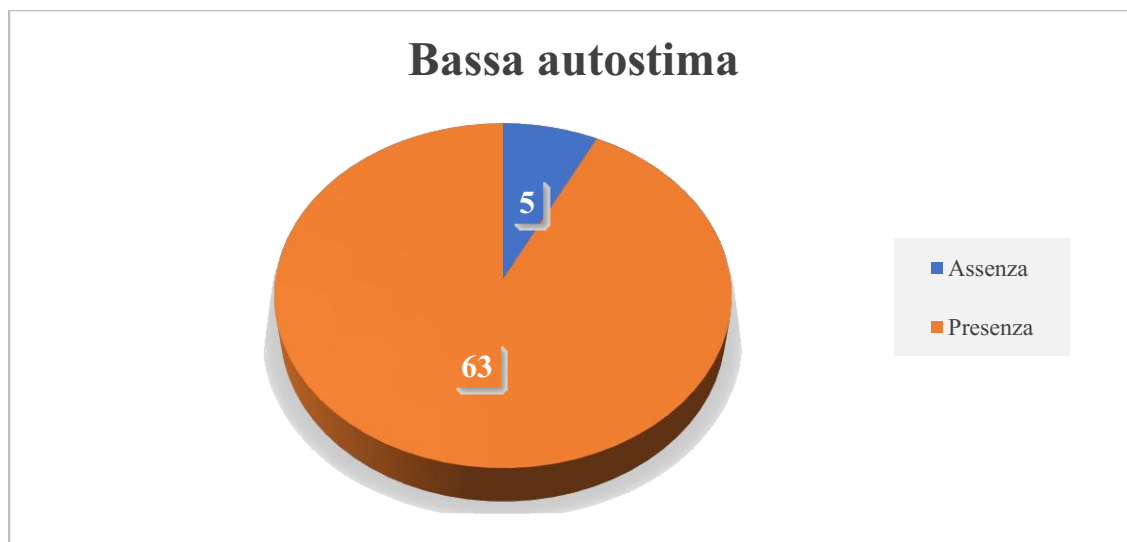


Figura 4 – Frequenza “Bassa autostima” (gruppo I)

#### 4.2 Relazioni interpersonali

Per indagare le relazioni interpersonali si sono analizzate diverse variabili che indagavano sia le relazioni all'interno della comunità – con i coetanei e con gli adulti di riferimento – sia le reti esterne e soprattutto evidenziano quanto queste reti, interne o esterne, siano effettivamente positive o meno.

Analizzando l'approccio delle ragazze alle relazioni si è visto che, non considerando l'1,5% del campione poiché le informazioni su questa variabile erano assenti, il 94,1% delle ragazze non si sentiva riconosciuta e amata dall'altro, a differenza del 4,4%.

### Non sentirsi riconosciuti e amati dall'altro

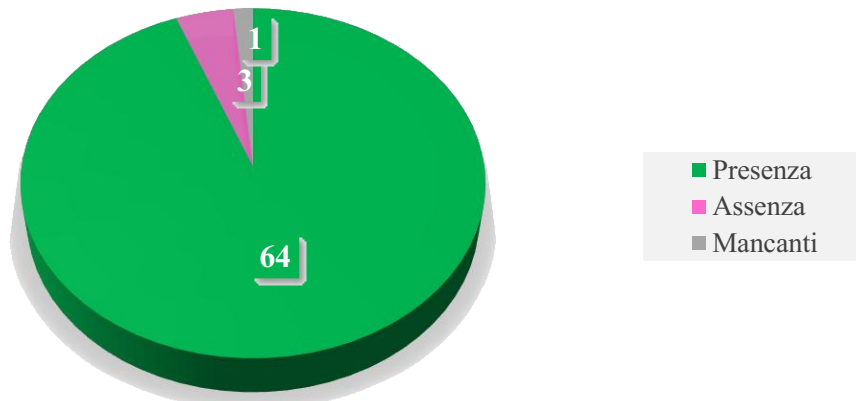


Figura 5 – Frequenza “Non sentirsi riconosciuti e amati dall’altro” (gruppo II)

Nonostante la percezione di non essere amate e riconosciute, solo l’8,8% del campione era effettivamente isolato e con scarse capacità relazionali, mentre l’89,7% aveva capacità relazionali e aveva costruito una rete sociale.

### Isolamento e scarse capacità relazionali

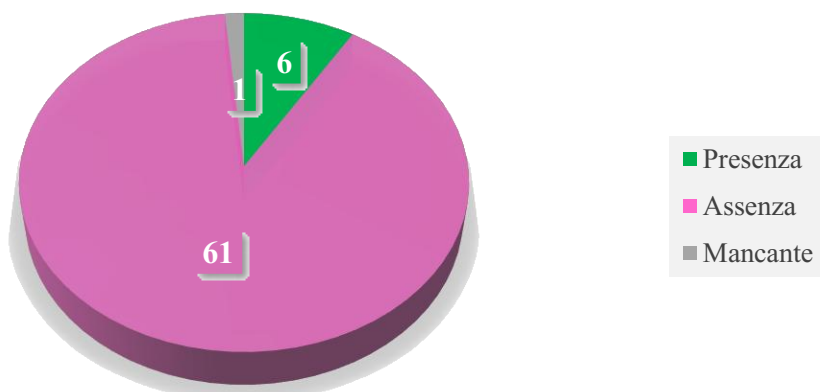


Figura 6 – Frequenza “Isolamento e scarse capacità relazionali” (gruppo II)

Considerando il clima e le relazioni presenti all'interno della comunità, anche qui è possibile trarre informazioni interessanti. L'85,3% aveva costruito relazioni positive con le ragazze presenti in comunità, mentre il 14,7% non aveva costruito relazioni.



*Figura 7 – Frequenza “Mancata costruzione di reti relazionali con le ragazze della comunità”  
(gruppo II)*

Analizzando il rapporto con almeno un operatore educativo si è visto che il 92,6% delle ragazze aveva sviluppato un attaccamento sicuro con almeno una figura educativa presente nel contesto di accoglienza e solo per il 7,4% delle ragazze questo non si è verificato.



*Figura 8 – Frequenza “Consolidare un attaccamento sicuro ad almeno un operatore o adulto  
significativo del contesto di accoglienza” (gruppo II)*

Una volta analizzate le relazioni nel contesto di accoglienza, occorre anche analizzare quelle esterne, ovvero sia quelle con la famiglia di origine, sia le reti amicali, se presenti. Prima di tutto è visibile come nel 92,6% dei casi non ci sia carenza di relazioni interpersonali e solo il 7,4% appaia privo di un contesto esterno. Nonostante ciò, considerando la qualità di questa rete sociale esterna, solo nel 17,6% dei casi si tratta effettivamente di una rete positiva, invece nell'82,4% è tendenzialmente negativa e/o disfunzionale.

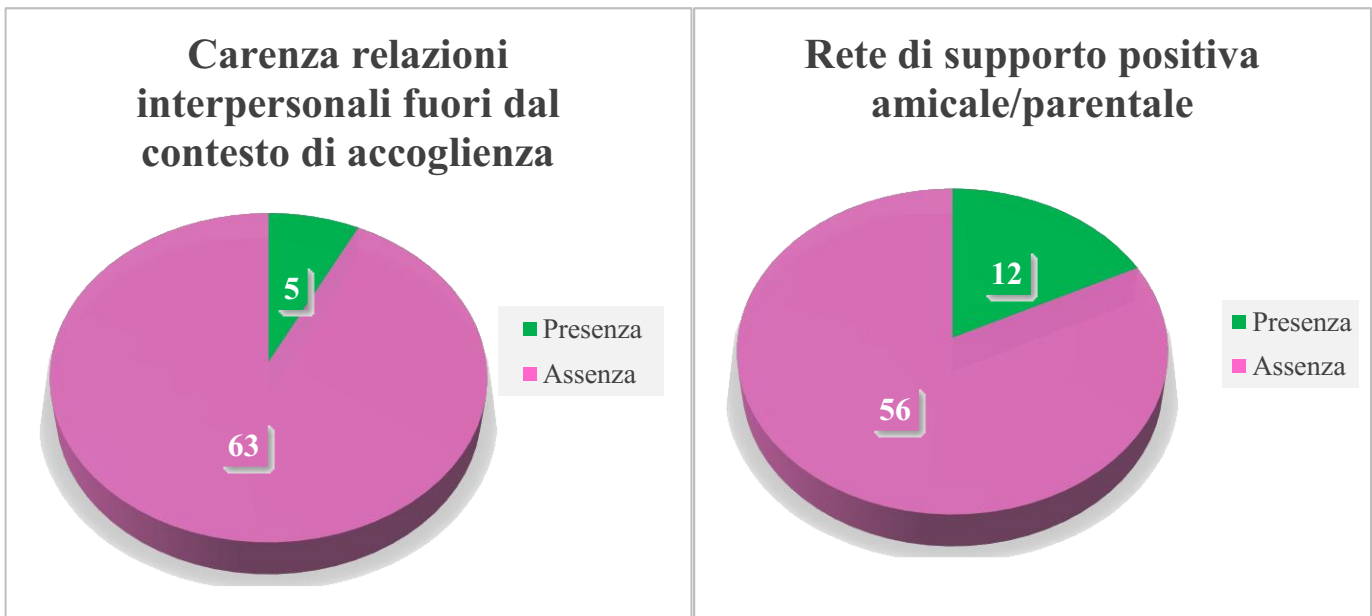
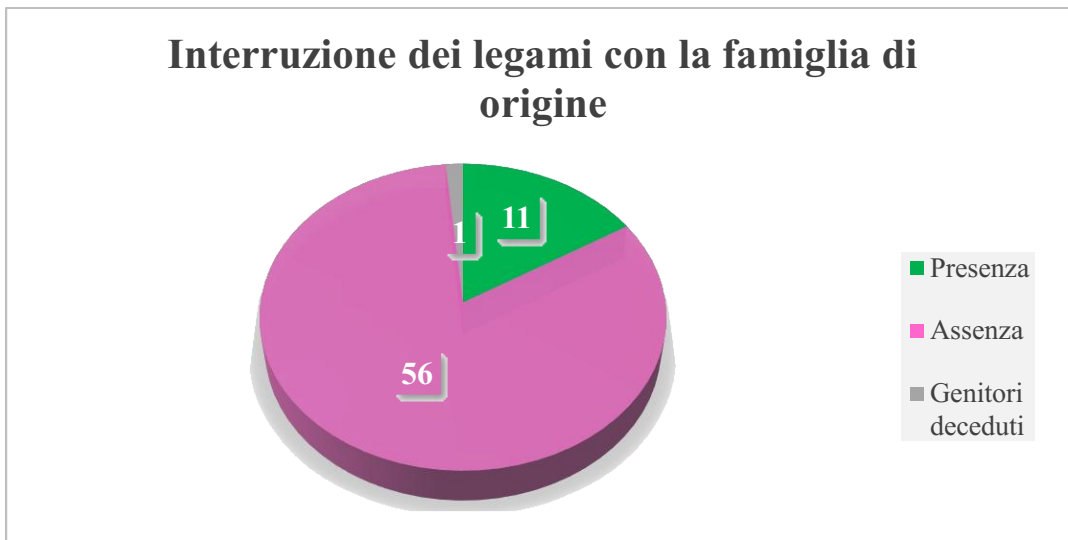


Figura 9 – Frequenza “Carenza relazioni interpersonali fuori dal contesto di accoglienza” (gruppo II)

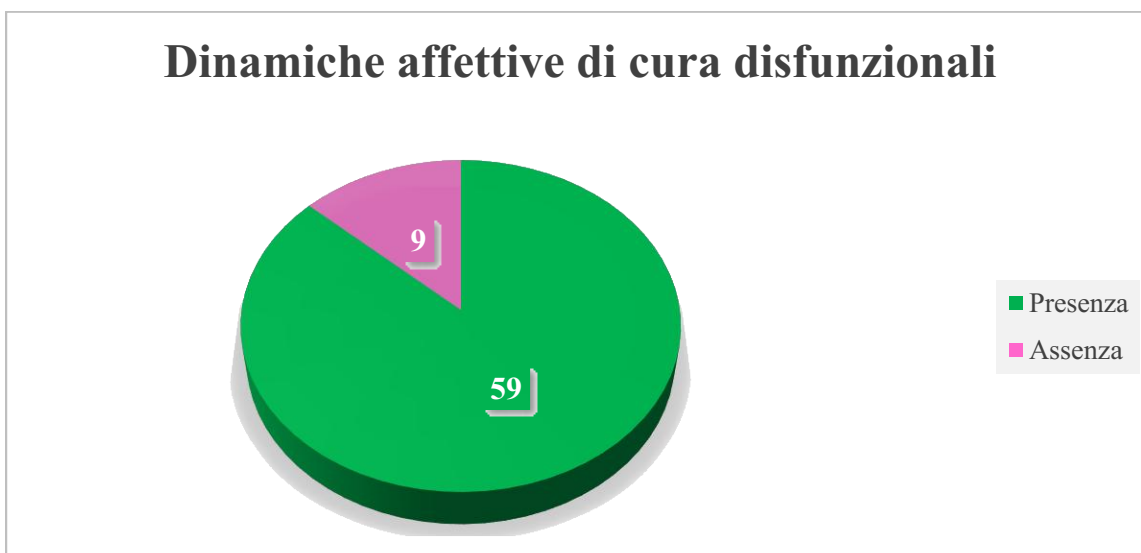
Figura 10 – Frequenza “Rete di supporto amicale/parentale” (gruppo II)

A quanto detto si aggiunge la considerazione che, eccetto nell'1,5% del campione i cui genitori sono venuti a mancare, il 16,2% delle ragazze ha interrotto i legami con la famiglia di origine, mentre l'82,4% li conserva ancora.



*Figura 11 – Frequenza “Interruzione dei legami con la famiglia di origine” (gruppo II)*

Infine, considerando la panoramica generale dei rapporti presenti nella vita delle ragazze, si deve purtroppo notare che questi non sono positivi. Infatti, nell’86,8% del campione sono presenti dinamiche affettive di cura disfunzionali e solo per il 13,2% delle ragazze questo non si verifica.



*Figura 12 – Frequenza “Dinamiche affettive di cura disfunzionali” (gruppo II)*



### 4.3 Disregolazione emotiva e degli impulsi

Questa ipotesi vuole indagare la disregolazione emotiva e degli impulsi delle ragazze, nonché la messa in atto di agiti durante il loro percorso educativo. Come si può notare sia il livello di impulsività che di scarsa tolleranza alle frustrazioni appaiono presenti in quasi la totalità del campione – 97,1% – e solo il 2,9% non mostra questi tratti. È plausibile quindi aspettarsi almeno un agito messo in atto durante il percorso.

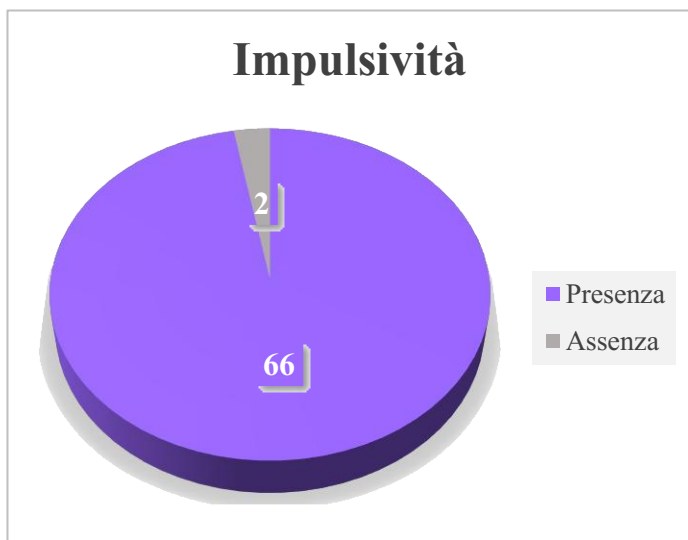


Figura 13 – Frequenze “Impulsività”  
(gruppo III)



Figura 14 – Frequenze “Scarsa tolleranza alle frustrazioni” (gruppo III)

Infatti, questo è verificato dai tentativi di fuga che, per quanto non riguardino la totalità del campione, sono stati messi in atto almeno una volta dal 42,7% delle ragazze, a differenza del restante 57,4%.

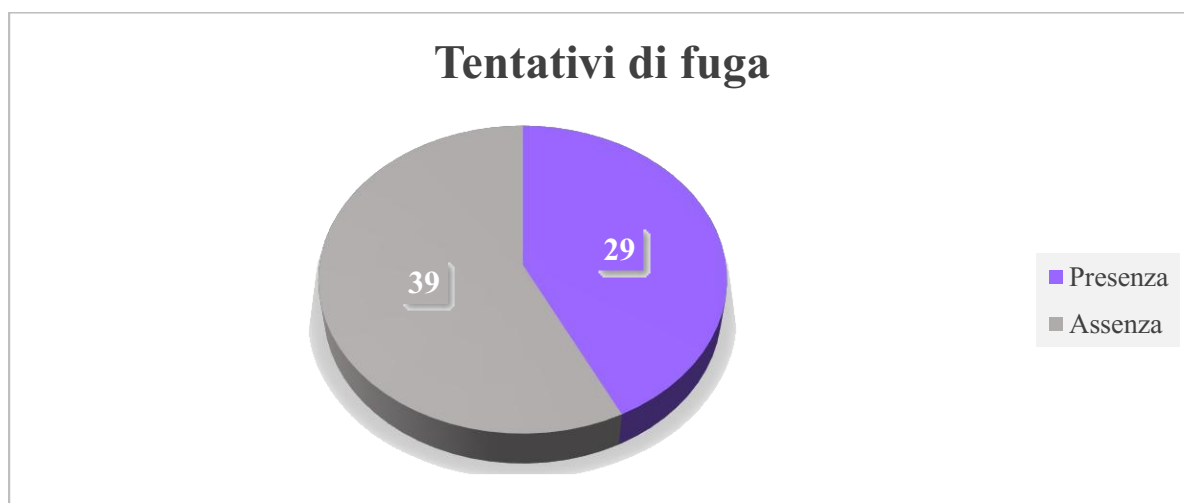


Figura 15 – Frequenze “Tentativi di fuga” (gruppo III)

Inoltre, non considerando il 19,1% del campione poiché formato da ragazze ancora residenti in comunità, nel 36,8% dei casi si è verificata un'uscita brusca e improvvisa dal contesto di accoglienza, mentre nel 44,1% dei casi questo non è accaduto. Con “uscita brusca e improvvisa” si fa riferimento alla messa in atto, da parte della ragazza, di comportamenti tali che hanno obbligato i responsabili dell'associazione Welcome, seguendo la procedura necessaria, a mandarla via.

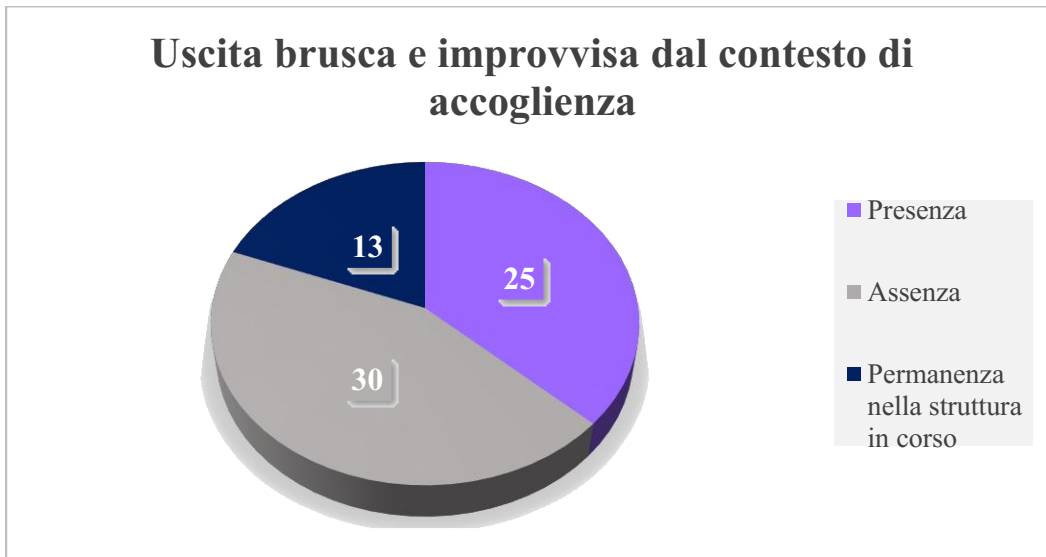


Figura 16 – Frequenze “Uscita brusca e improvvisa dal contesto di accoglienza” (gruppo III)

#### 4.4 Autolesionismo

Un'altra variabile indagata poiché fortemente correlata alla violenza è l'autolesionismo. Come mostrato dal grafico, l'autolesionismo è stato praticato dal 33,8% del campione mentre è assente nel 66,2% dei casi.

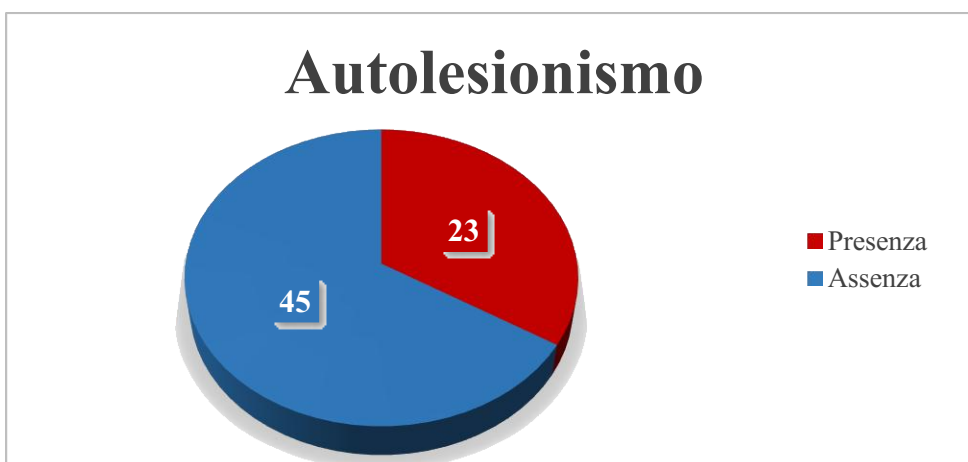


Figura 17 – Frequenza “Autolesionismo” (gruppo IV)

#### 4.5 Abuso di sostanze

Oltre all'autolesionismo un'altra variabile importante da verificare era l'uso e abuso di sostanze stupefacenti. Come suggeriscono i due grafici qui presenti il 39,7% del campione ha fatto uso e abuso di sostanze a differenza del restante 60,3% e in particolare tra le sostanze utilizzate vi erano la cocaina – 41,2% – e i cannabinoidi – 5,9% – rilevando una percentuale molto più alta di droghe pesanti.

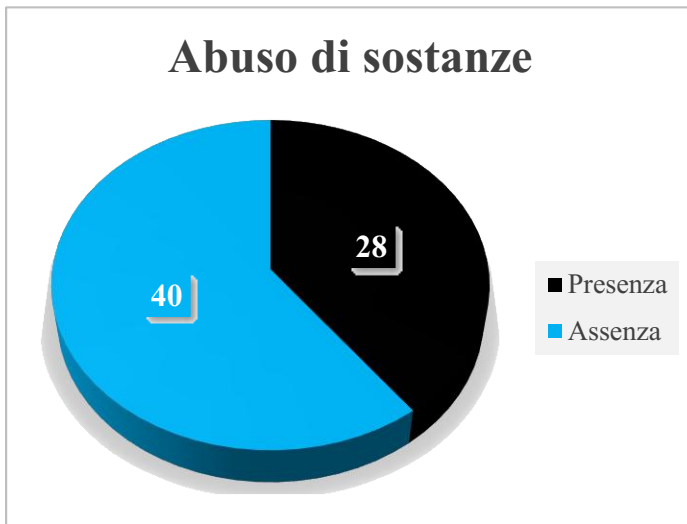


Figure 18 - Frequenza "Abuso di sostanze" (gruppo V)

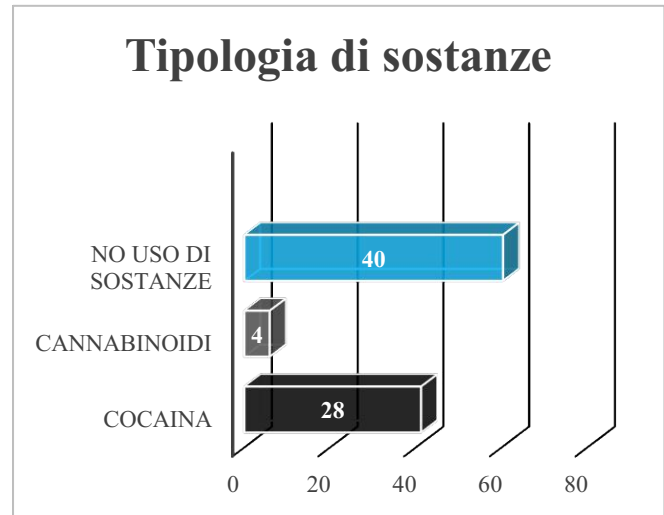


Figure 19 - Frequenze "Tipologia di sostanze" (gruppo V)

Un altro dato da considerare per avere una panoramica chiara del contesto è indagare per quante delle ragazze fosse stato avviato un percorso di psicoterapia durante il loro soggiorno in comunità. Appare chiaro come nel 75% dei casi si praticasse un percorso di psicoterapia, anche se ciò non è avvenuto per il restante 25% delle ragazze.

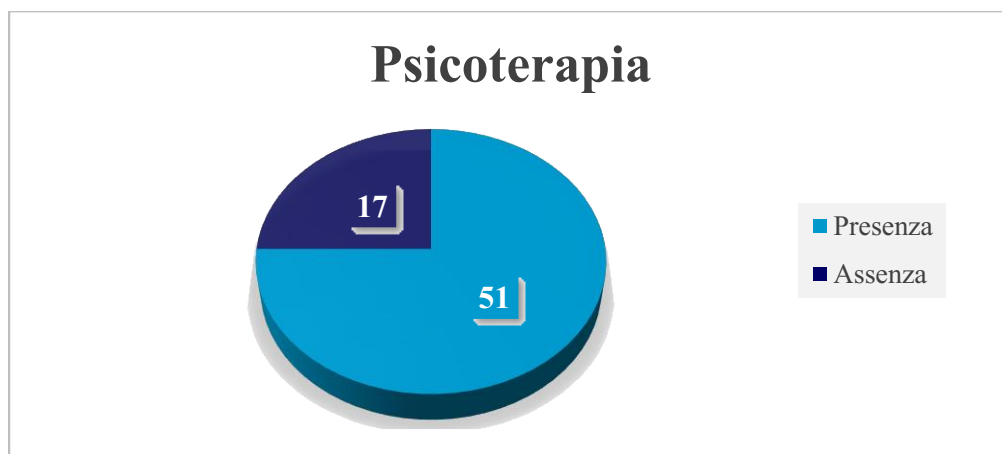


Figure 20 - Frequenza "Psicoterapia"

#### 4.6 Tratta e prostituzione

Per l'ultima ipotesi sono state analizzate alcune variabili prendendo in considerazione esclusivamente la parte di campione soggetta a tratta e prostituzione (17 casi). È emerso che gli atti autolesionistici non erano messi mai in atto, a differenza dell'abuso di sostanze presente nel 17,65% dei casi. Considerando le dinamiche affettive, solo il 5,88% del campione mostrava scarsa o assente costruzione di relazioni interpersonali sia all'interno che all'esterno della comunità; tuttavia, sebbene la quasi totalità del campione avesse legami, nel 52,94% dei casi le dinamiche affettive e di cura erano disfunzionali. A livello di disregolazione, l'impulsività era presente nel 52,94% dei casi e la messa in atto di agiti come i tentativi di fuga dalla struttura comunitaria e/o l'uscita brusca dal contesto di accoglienza riguardava il 35,29% delle ragazze. Infine, è doveroso sottolineare che il 52,94% del campione aveva un percorso psicoterapeutico avviato e questo potrebbe aver portato dei miglioramenti nella gestione di sé, dei propri agiti, delle proprie convinzioni e nelle relazioni con l'altro.

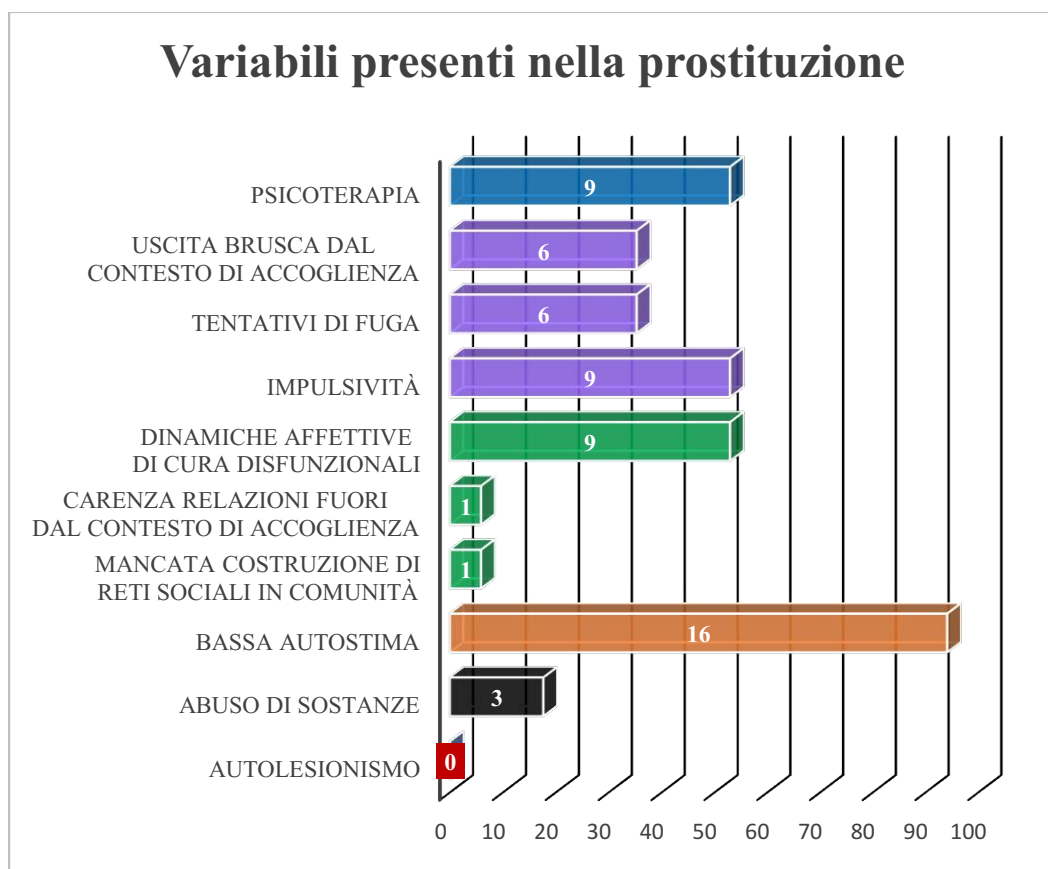


Figura 21 - Frequenze "Variabili presenti nella prostituzione" (gruppo VI)

Paragonando, infine, le ragazze vittime di tratta con le ragazze vittime di altri tipi di violenza si è però rivelata una situazione che ha destato sorpresa: in tutte le variabili le prime avevano risultati migliori delle seconde. L'autostima era in linea con entrambi i gruppi - 94,12% e 92,16% - ma: l'autolesionismo non era praticato dalle vittime di tratta e lo era al 45,1% per le altre vittime; l'abuso di sostanze era presente solo nel 17,65% delle prime e nel 47,06% nelle seconde; a livello relazionale, meno vittime di tratta erano carenti di relazioni fuori e internamente al contesto di accoglienza – 5,88% per entrambe le variabili - rispetto alle altre vittime – 7,84% e 11,76%, sebbene le dinamiche disfunzionali fossero presenti in entrambi i gruppi – 52,94% per le vittime di tratta e 82,35% per le altre vittime. Per quanto riguarda l'impulsività c'è una grande differenza, infatti, ben il 96,08% delle vittime di violenza mostrano questa variabile, a differenza del 52,94% delle vittime di tratta; nonostante ciò i tentativi di fuga e le uscite brusche dal contesto di accoglienza sono simili, rispettivamente 45,1% e 37,25% per il gruppo delle vittime di violenza e 35,29% per le vittime di tratta. Notevole che si siano trovati questi dati nonostante il solo 52,94% delle ragazze vittime di tratta e ben l'82,35% delle altre facesse psicoterapia.

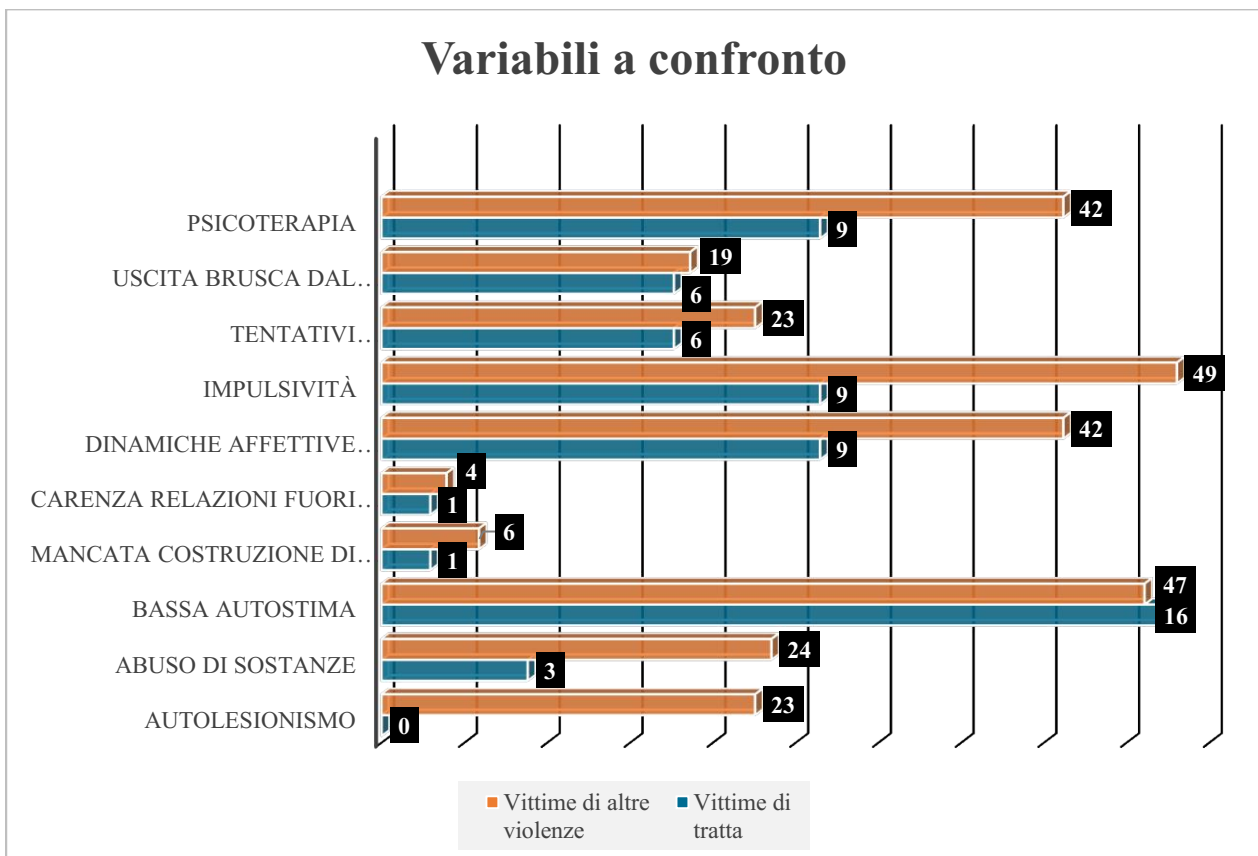


Figura 22 – Frequenze “Variabili a confronto tra vittime di tratta (17 ragazze) e vittime di altri tipi di violenza (51 ragazze)” (gruppo VI)

## **CAPITOLO 5: DISCUSSIONE DEI RISULTATI**

Subire violenza e maltrattamento è un evento, singolo o ripetuto che sia, che intacca la persona e si ripercuote nella sua vita presente e futura, a maggior ragione se questo avviene durante l'infanzia. Le conseguenze possono essere diverse e mutevoli a seconda dell'individuo ma in ogni caso sono devastanti: delineare alcuni rischi consequenziali all'esperienza di maltrattamento è l'obiettivo di questa tesi, con il fine ultimo di parlare di violenza e di cosa provoca e con la speranza che si riesca sempre più ad arginare esperienze di questo tipo o, almeno, ad aiutare al meglio le vittime nell'affrontarle.

### **5.1 Risultati dell'analisi d'archivio e delle ipotesi di ricerca**

#### **Prima ipotesi**

La prima ipotesi, basandosi sulla letteratura secondo cui le vittime di violenza sviluppano bassa autostima nel tempo (Rotheram-Borus et al., 1996; Widom, 1994), ipotizzava che anche nel campione selezionato in questa tesi ci fossero bassi livelli. La bassa autostima deriverebbe dall'interiorizzazione di sentimenti e messaggi negativi che colpiscono l'individuo durante o a seguito dell'esperienza abusiva o di trascuratezza. Gli studi, quindi, predicono bassa autostima nell'infanzia (Appleyard et al., 2010), nell'adolescenza (Burack et al., 2006) e nella prima età adulta (Kim & Williams, 2009). Effettivamente, come mostrato nella figura 4, il 92,3% del campione rivelava bassa autostima, confermando, quindi, i risultati presenti in letteratura.

#### **Seconda ipotesi**

Nella seconda ipotesi si era supposto che le relazioni interpersonali fossero disfunzionali sia all'interno che all'esterno dell'ambiente comunitario ma che qui avessero almeno un margine di miglioramento. Secondo alcuni studi, i giovani maltrattati sperimentano nelle relazioni con i pari meno qualità positive, come prosocialità e comportamento adeguato e competente, e più qualità negative come aggressività, isolamento e rifiuto rispetto ai non maltrattati (Alink et al., 2012); il rifiuto da parte dei coetanei conferma al bambino il suo essere inadeguato e meritevole di rifiuto e isolamento, confermando gli schemi distorti e i ruoli familiari appresi (Shields et al., 2001; Thompson & Calkins, 1996). Bambini e giovani abusati hanno la possibilità di sviluppare relazioni con i pari ma è più difficile rispetto ai non maltrattati perché sono più conflittuali, soprattutto nelle situazioni in cui le capacità emotive vengono messe alla prova; inoltre, mostrano meno

comportamenti affettuosi e spesso reagiscono in modo inappropriato anche dinanzi a gesti non minacciosi. Tuttavia, se riescono a sviluppare e mantenere nel tempo una relazione salda, conseguentemente anche la loro autostima migliora (Cicchetti & Valentino, 2006). L'età di insorgenza, la gravità e la cronicità di abuso sono i fattori che rendono il disadattamento e l'incompetenza sociale dei bambini abusati più o meno incisiva: minore sarà l'età di insorgenza e maggiore la gravità e la cronicità dell'abuso, più saranno alti il disadattamento e l'incompetenza sociale (Cicchetti & Valentino, 2006). Considerando il campione in esame, l'età di insorgenza della violenza è bassa per tutte poiché gli abusi sono stati subiti durante l'infanzia e in alcuni casi durante l'adolescenza; premesso questo è possibile notare come il 94,1% del campione non si sentisse riconosciuto e amato ma che solo l'8,8% fosse effettivamente isolato e con scarse capacità relazionali; inoltre, il 92,6% aveva costruito le relazioni interpersonali fuori dal contesto di accoglienza e l'85,3% ne aveva costruite all'interno della struttura. Sebbene si possa notare, quindi, una vasta presenza di relazioni sia all'esterno che all'interno della struttura di accoglienza, una rete di supporto positiva è assente nell'82,4% del campione e le dinamiche affettive di cura sono disfunzionali nell'86,8% del campione. Fa eccezione la relazione e l'attaccamento – sicuro – sviluppato con almeno un educatore della comunità. L'ipotesi, dunque, è verificata solo in parte in quanto effettivamente le relazioni interpersonali sono disfunzionali sia all'interno che all'esterno della comunità ma, mentre con l'operatore educativo avviene la costruzione di un legame sicuro, con le ragazze della comunità i rapporti restano disfunzionali.

### **Terza ipotesi**

La terza domanda di ricerca si poneva il fine di indagare sulla disregolazione emotiva e degli impulsi prendendo in considerazione anche alcuni agiti come la messa in atto di tentativi di fuga dalla struttura comunitaria. Alcuni studi hanno riscontrato un aumento di vigilanza, aggressività e disregolazione comportamentale nei bambini maltrattati in età prescolare e nella prima età scolare rispetto ai controlli non maltrattati (Rieder & Cicchetti, 1989), ma anche un aumento dell'introversione nei contesti sociali e tra pari (Haskett & Kistner, 1991). Inoltre, il maltrattamento è anche correlato a deficit cognitivi che influenzano il processo decisionale, i processi di inibizione e la capacità di svolgere compiti complessi (Braquehais, Oquendo, Baca-Garcia & Sher, 2010). Le esperienze di maltrattamento sembrano correlate al tratto dell'impulsività (Gagnon et al., 2013; Roy, 2005). L'esposizione a maltrattamenti più gravi risulta associata a maggiore disregolazione emotiva, aumento di impulsività e nevroticismo, sintomi depressivi e comportamenti violenti e delinquenti in adolescenza (Adrian, Zeman, Erdley, Lisa & Sim, 2011; Braquehais, Oquendo,

Baca-Garcia & Sher, 2010; Coohy, Renner, Hua, Zhang & Whitney, 2011; Hopfinger, Berking, Bockting & Ebert, 2016; Sandberg, 1989). Inoltre, la disregolazione emotiva spesso sfocia in comportamenti esternalizzanti inappropriati come l'aggressività o manifestazioni affettive non congruenti al contesto (Messman-Moore & Bhuptani, 2017). Osservando il campione è possibile notare come il 97,1% di questo mostri scarsa tolleranza alle frustrazioni e impulsività; inoltre, il 42,7% del campione ha effettuato tentativi di fuga e il 36,8% si è allontanata in maniera brusca e improvvisa dal contesto di accoglienza senza ritornarvi. Quindi, esattamente come mostrato dai dati della letteratura, l'esposizione a maltrattamenti è associata alla disregolazione emotiva e degli impulsi e alla messa in atto di comportamenti esternalizzanti inappropriati.

#### **Quarta ipotesi**

La quarta ipotesi era centrata sull'autolesionismo, definibile come una serie di comportamenti deliberati, solitamente reiterati nel tempo - come tagliare, graffiare, colpire o bruciare la propria pelle - con il fine di arrecare ferite più o meno profonde, senza intento suicidario cosciente (Muehlenkamp, Claes, Havertape & Plener, 2012). Questo è spesso associato al maltrattamento e all'abuso (Carlson, & Egeland, 2008; Madge et al., 2011; Wan, Chen, Sun & Tao, 2015); secondo una ricerca di archivio di Hurley e colleghi (2009) i giovani in assistenza residenziale hanno maggiori possibilità di autolesionismo e psicopatologia a causa delle loro esperienze di vita avverse, delle interruzioni nelle reti di supporto sociale e degli spostamenti transitori tra comunità (Gabrielli et al., 2015; Hurley et al., 2009). Inoltre, a causa dei maltrattamenti subiti, mostrano un tasso di ideazione suicidaria che varia dal 7% al 25% (Anderson, 2011; Pilowsky & Wu, 2006), e tassi di suicidio tra l'8% e il 15% (Leslie et al., 2010). I comportamenti autolesionistici possono essere utilizzati come strategia compensativa per affrontare e regolare le emozioni angoscianti derivate dalle esperienze di maltrattamento (Bentley et al., 2014; Ford e Gómez, 2015; Peh et al., 2017). Considerando, quindi, i dati presenti in letteratura, la quarta ipotesi prevedeva che nel campione ci fossero alti tassi di autolesionismo; si è visto, però, che, nonostante gli atti autolesionistici fossero praticati, questo succedeva solo nel 33,8% del campione mostrando, quindi, una percentuale più bassa di quella che ci si aspettava, segno che questa pratica non fosse utilizzata come principale strategia compensativa per la regolazione emotiva.



## **Quinta ipotesi**

La quinta domanda di ricerca si focalizzava sulla problematica dell'uso di sostanze stupefacenti: dal punto di vista neurologico queste sostanze modificano i circuiti cerebrali compromettendoli in modo permanente; a livello comportamentale il *craving* per la sostanza può provocare comportamenti e atti di qualsiasi tipo, pur di ottenere la sostanza. Tra campioni rappresentativi di adolescenti, la prevalenza dell'abuso di sostanze e della dipendenza tra le vittime di violenza sessuale varia dal 5% per l'abuso e la dipendenza da droghe pesanti all'11% per l'abuso e la dipendenza da marijuana (Walsh et al., 2012). La ricerca ha dimostrato che gli adolescenti con una storia di maltrattamento hanno sperimentato alcol e droghe in età precoce e hanno maggiori possibilità di diventarne dipendenti (Rotheram-Borus et al., 1996; Silverman, Reinherz & Giaconia, 1996); gli adolescenti in affido hanno cinque volte più possibilità di sviluppare disturbi da uso di sostanze, in particolare tossicodipendenza, rispetto ai controlli (Mercenko, 2000). Considerato questo, la quinta domanda di ricerca ipotizzava che le ragazze nel campione facessero uso di sostanze stupefacenti o ne avessero fatto in passato. I dati mostrano che nel 39,7% avveniva effettivamente ciò, a differenza del 60,3%, per cui la percentuale era più bassa rispetto alle aspettative. Inoltre, tra le sostanze utilizzate c'era il 5,9% di cannabinoidi e ben il 41,2% di cocaina e questo dato evidenziava come, a differenza delle ricerche in letteratura, c'era una predominanza di droghe pesanti rispetto a quelle leggere.

## **Sesta ipotesi**

Infine, la sesta ipotesi si concentrava su una parte specifica del campione: le 17 donne vittime di tratta e prostituzione. La tratta sessuale consiste nell'intrappolare l'individuo ai fini di un atto sessuale commerciale o di un atto sessuale che si verifica in cambio di qualcosa di valore (Ufficio sulla violenza contro le donne, 2000). Far parte del mondo della tratta comporta, per la vittima, essere sottoposta a costante violenza, dall'abuso alla tortura e a questo si aggiunge il trauma psicologico di vedere la propria identità totalmente cancellata: tendenzialmente, infatti, si viene costretti a cambiare paese, nome e aspetto. Le condizioni disumane e le basse aspettative per il futuro creano danni psicologici gravi tanto che tra il 30% e il 46% dei giovani coinvolti nella prostituzione tenta il suicidio (Adlaf & Zdanowicz, 1999; Greene & Ringwalt, 1996; Kidd & Kral, 2002; Molnar, Shade, Kral, Booth, & Watters, 1998; Yoder, 1999). Le donne nell'industria del sesso sono a rischio elevato sia di danni immediati che di menomazioni fisiche a lungo termine (Burnette et al., 2008; Farley et al., 2003). I costi fisici del lavoro nella prostituzione possono includere potenziali dipendenze, lesioni violente (soprattutto ferite alla testa), problemi di memoria, malattie

sessualmente trasmissibili (incluso HIV/AIDS), epatite, dolore ovarico/vaginale, problemi mestruali, gravidanze indesiderate, aborti forzati, cancro cervicale, complicazioni della fertilità, tubercolosi e malnutrizione (Burnette et al., 2008; Cohan et al., 2005; Farley et al., 2003; Raymond et al., 2002). A causa di tutte queste conseguenze fisiche e psicologiche derivate dal vissuto di tratta e prostituzione ci si aspettava che le variabili sopra descritte - l'uso di sostanze, la pratica dell'autolesionismo, le difficoltà relazionali esterne e interne alla comunità, gli agiti (come le fughe) e la bassa autostima - fossero tutte presenti e con un'incidenza maggiore rispetto alle ragazze vittime di altri tipi di violenza. Dall'analisi dei dati del campione appare subito chiaro come, sorprendentemente, nessuna di loro praticava autolesionismo, risultato che effettivamente è in linea con la letteratura in quanto la prostituzione è associata più al suicidio che all'autolesionismo (Kidd & Kral, 2002). Il 17,65% utilizzava sostanze stupefacenti, un dato significativamente basso considerando che l'uso di sostanze è spesso collegato al vissuto di tratta e prostituzione. A livello di relazioni interpersonali le ragazze del campione apparivano inserite in una rete relazionale nella maggior parte dei casi: infatti, solo il 5,88% di loro mostrava relazioni carenti o assenti sia fuori che all'interno del contesto di accoglienza. Nonostante il dato apparentemente positivo, in realtà nel 53% dei casi le dinamiche affettive erano disfunzionali e questo è un risultato che per quanto non sia sottolineato in letteratura, era previsto dall'ipotesi di ricerca. I livelli di impulsività erano alti: infatti, il 53% del campione era impulsivo e nel 35,29% dei casi si erano verificati dei tentativi di fuga e/o un'uscita brusca dal contesto di accoglienza e anche questo è confermato dalla letteratura. Infine, il 94,12% del campione mostrava bassa autostima, come spesso accade in chi ha un passato di violenza. Un dato positivo che è importante sottolineare è che nel 52,92% dei casi era stato avviato un percorso di psicoterapia.

Paragonando, però, le vittime di tratta e prostituzione con le altre vittime di violenza si evince una situazione che crea un po' di sorpresa: ci si aspettava che le vittime di tratta e prostituzione mostrassero delle percentuali molto più alte rispetto alle altre vittime di violenza. Gli atti autolesionistici sono assenti nelle vittime di tratta e presenti in quasi metà campione nelle altre vittime, si potrebbe quindi pensare che questa strategia regolatoria non sia adottata perché ne viene utilizzata un'altra, come l'uso di sostanze, infatti, l'uso di sostanze e la dipendenza sono ampiamente utilizzati dai trafficanti/sfruttatori, sia in situazioni di tratta nazionali che internazionali, per introdurre le donne nel commercio sessuale o dalle vittime per gestire il disagio psicologico causato dall'essere nel commercio ( Kristof & WuDunn, 2009 ; Raymond et al., 2002 ; Young, Boyd, & Hubbell, 2000), eppure, anche in questo caso le altre vittime di violenza mostrano percentuali più alte. Anche a livello di comportamenti impulsivi, agiti e dinamiche affettive disfunzionali è lampante come le vittime di tratta abbiano le percentuali più basse, quindi, un minor

livello di dinamiche affettive disfunzionali e di impulsività. Se l'autostima risulta bassa per quasi tutto il campione, segno che è un aspetto su cui è necessario lavorare, c'è un ultimo dato che crea sorpresa: le percentuali delle vittime di tratta sono migliori rispetto al resto del campione, sebbene queste ultime abbiano quasi tutte un percorso di psicoterapia avviato (82,35%) a differenza del 52,94%; sarebbe, quindi, interessante indagare sul motivo di questo dato.

## **5.2 Limiti della tesi e direzioni di ricerca future**

Tra i limiti del presente lavoro di tesi è possibile evidenziare il numero ridotto del campione, infatti, nonostante l'arco temporale analizzato sia così ampio, il numero di ragazze che possono risiedere in comunità contemporaneamente è molto ridotto, trattandosi di una struttura piccola; inoltre, alcuni dati erano mancanti. Questo è il secondo limite della ricerca: infatti, l'archivio non era organizzato nel modo migliore e alcuni dati sono stati persi o cancellati nel tempo e altri sono stati confusi o erano frammentati, per cui sono stati considerati solo i dati attendibili e verificati, in modo da non causare risultati falsati. Infine, un ultimo limite riguarda il genere preso in considerazione che è prettamente femminile poiché la comunità poteva ospitare solo residenti donne.

Uno studio futuro potrebbe essere condotto in una comunità più grande o paragonare i casi presenti in più comunità in modo da ottenere un campione più significativo e poter osservare e analizzare i dati riguardanti un campione misto e non solo femminile. Inoltre, bisognerebbe considerare alcune variabili che in questo lavoro sono state considerate e poi scartate per i motivi precedentemente descritti come: certificazioni cliniche, terapia farmacologica, diagnosi organiche e psicologiche e test e strumenti somministrati, informazioni sulla famiglia di origine.

Infine, sarebbe interessante anche un'analisi più approfondita sulla tematica della prostituzione e delle sue vittime, sui loro meccanismi di regolazione e sulle conseguenze in tale vissuto.

## **5.3 Suggerimenti di miglioramento delle prassi**

Analizzando alcune difficoltà riscontrate durante il tirocinio nella comunità educativa dell'associazione Welcome e la successiva ricerca d'archivio trovo possibile sottolineare alcuni aspetti che potrebbero essere ottimizzati e perfezionati in modo da garantire il miglior servizio possibile. Prima di tutto, per garantire una buona panoramica generale sarebbe necessario costruire e completare un database unico e completo di tutte le informazioni di ogni singola ragazza, in modo da evitare che ci sia dispersione di informazioni dovuta all'ordine sparso e confusionario di alcuni

esami, visite mediche, relazioni al tribunale e altra documentazione importante distribuita tra varie cartelle nei differenti computer dell'associazione e cartelle cartacee. Un archivio ben organizzato permette di trovare nel minor tempo possibile tutte le informazioni che si ricercano e aiuta ad avere una rapida e completa panoramica della situazione sia attuale che degli anni precedenti.

Un altro suggerimento di miglioramento potrebbe essere effettuare su tutte le utenti una valutazione psicologica a mo' di screening iniziale per promuovere e pianificare l'inizio di percorsi psicoterapeutici ad hoc, potendo anche, tramite retest, monitorare i progressi verificatisi durante il percorso e le eventuali crisi o i momenti di arresto.

Infine, potrebbero essere promosse attività ed interventi psicoeducativi più strutturati, in modo da sostenere nelle utenti lo sviluppo e l'acquisizione di strumenti di adattamento di efficacia misurabile.

## CONCLUSIONE

*“Per rinascere è necessaria una vera e propria ripartenza.  
Nell’arte del Kintsugi le ferite non vengono occultate, riparate, ricucite, ma esibite, dipinte d’oro,  
messe in valore.  
È questo l’esito generativo del lavoro atroce del perdono quando riesce: trasformare le ferite del  
tradimento in pittura d’oro, trasformare la cicatrice del trauma in una poesia”.*

Massimo Recalcati

Questo lavoro di tesi mette in luce quanto la violenza possa essere devastante. Aver conosciuto alcune delle ragazze presenti in questo campione, aver ascoltato le loro difficoltà e toccato con mano la loro esperienza di vita dà un valore personale aggiunto a questo lavoro. Il titolo della tesi è in parte ispirato a loro: “La violenza minorile, le sue vittime e le possibili trasformazioni” indica quanto la violenza generi delle vittime ma soprattutto delle trasformazioni nella persona che portano alla messa in atto di azioni che, giuste o sbagliate che siano, sono il frutto del loro vissuto.

Se c’è un elemento non dimostrabile da nessun test o atto ufficiale ma comunicatomi da loro durante i pranzi o i pomeriggi passati insieme durante il mio tirocinio curriculare, è che nessuna di loro vedeva un futuro, alcune perché non credevano di arrivarci, altre perché lo vedevano nero e preferivano non pensarci. Bambine o adolescenti che fossero, vedevano nel futuro la stessa sofferenza che avevano vissuto in passato ed è proprio per questo che di violenza non si dovrebbe mai smettere di parlare; è proprio per questo che i servizi antiviolenza dovrebbero essere implementati, ottimizzati e garantiti a chiunque ne abbia bisogno, per riparare, far ripartire e rifiorire chi non crede che possa esistere un futuro.

Di speranza non si muore, di violenza sì.

## BIBLIOGRAFIA

- Adlaf, E. M., & Zdanowicz, Y. M. (1999). A cluster-analytic study of substance problems and mental health among street youths. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(4), 639–660. <https://doi.org/10.1081/ada-100101884>
- Adrian M., Zeman J., Erdley C., Lisa L., & Sim L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39 (3), 389-400. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9465-3>
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Alessandri, S. (1992). Mother-child interactional correlates of maltreated and nonmaltreated children's play behavior. *Development and Psychopathology*, 4(2), 257-270. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000134>
- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185–195. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.2.185>
- American Psychiatric Association DSM-5 (2013) Diagnostic & statistical manual of mental disorder. 5° ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Ammaniti, M. (2015). Abuso e trascuratezza nell'infanzia: implicazioni cliniche. *Infanzia e adolescenza*, 14(1), 2-21. <https://doi.org/10.1710/1862.20336>
- Anderson, H. D. (2011). Suicide ideation, depressive symptoms, and out-of-home placement among youth in the U.S. child welfare system. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(6), 790–796. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.614588>
- Appleyard, K., Yang, C., & Runyan, D. K. (2010). Delineating the maladaptive pathways of child maltreatment: A mediated moderation analysis of the roles of self-perception and social support. *Development and Psychopathology*, 22(2), 337–352. <https://doi.org/10.1017/S095457941000009X>
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O'Farrill-Swails, L. (2005). Single versus multi-type maltreatment: An examination of the long-term effects of child abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11(4), 29–52. [https://doi.org/10.1300/J146v11n04\\_02](https://doi.org/10.1300/J146v11n04_02)
- Arens, A. M., Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2012). Child maltreatment and deliberate self-harm among college students: Testing mediation and moderation models for impulsivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(3), 328–337. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01165.x>

- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol*, *18*(6), 683-697. <https://doi.org/10.1007/BF01342754>
- Azar, S. T. (2002). Parenting and child maltreatment. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Social conditions and applied parenting* (pp. 361–388). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Baer, R. A., Peters, J., R., Eisenlohr-Moul, T., A., Geiger, P., J., & Sauer, S., E. (2012). Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*, *32*(5), 359-369. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.03.002>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, *37*, 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Batey, H., May, J., & Andrade, J. (2010). Negative intrusive thoughts and dissociation as risk factors for self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40*, 35–49. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.35>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20170260>
- Beauchaine, T. P. & Neuhaus, E. (2008). Impulsivity and vulnerability to psychopathology. In T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 129–156). Hoboken, NJ: Wiley.
- Becker-Lausen, E., Sanders, B., & Chinsky, J. M. (1995). Mediation of abusive childhood experiences: Depression, dissociation, and negative life outcomes. *American Journal of Orthopsychiatry*, *65*(4), 560–573. <https://doi.org/10.1037/h0079670>
- Bentley, K., Nock, M., & Barlow, D. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, *2* (5), 638-656. <https://doi.org/10.1177/2167702613514563>
- Berking, M., & Lukas, C. A. (2015). The Affect Regulation Training (ART): A transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 64-69. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.002>
- Black J, Jones TA, Nelson CA, Greenough WT. Neuronal plasticity and the developing brain. In: Alessi NE, Coyle JT, Harrison SI, Eth S, editors. *Handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: Wiley; 1998. pp. 31–53.

- Blair, C., Raver, C. C., Berry, D. J., & Family Life Project Investigators. (2014). Two approaches to estimating the effect of parenting on the development of executive function in early childhood. *Developmental Psychology*, *50*(2), 554–565. <https://doi.org/10.1037/a0033647>
- Bolger, K., & Patterson, C. (2001). Pathways from child maltreatment to internalizing problems: Perceptions of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology*, *13*, 913–940. <https://doi.org/10.1017/S0954579401004096>
- Borkowski, J. G., Chan, L. K. S., & Muthukrishna, N. (2000). A process-oriented model of metacognition: Links between motivation and executive functioning. In G. Schraw & J. C. Impara (Eds.), *Issues in the measurement of metacognition* (pp. 1-41). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurements, University of Nebraska-Lincoln.
- Borrill, J., Fox, P., Flynn, M., & Roger, D. (2009). Students who self-harm: Coping style, rumination and alexithymia. *Counselling Psychology Quarterly*, *22*(4), 361–372. <https://doi.org/10.1080/09515070903334607>
- Bousha, D. M., & Twentyman, C. T. (1984). Mother–child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*(1), 106–114. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.93.1.106>
- Bowlby J., 1973, *Attachment and loss*, vol 2: Separation anxiety and anger, Basic Books, New York; trad. It. *Attaccamento e Perdita*, vol 2: La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino 1975.
- Bowlby J., 1980, *Attachment and loss*, vol 3: Loss, sadness and depression, Basic Book, New York; trad. It. *Attaccamento e Perdita*, volt 3: La Perdita della madre, Boringhieri, Torino, 1983.
- Bozo, Ö., Gündoğdu, E., & Büyükaşık-Çolak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism—Posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, *14*, 1009–1020. <https://doi.org/10.1177/1359105309342295>
- Braimah, T. S. (2013). Sex Trafficking in Edo State: Causes and Solutions. *Social Science Research Network*, 11-20. <https://doi.org/10.2139/SSRN.2273039>
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-García, E., & Sher, L. (2010) Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Compr Psychiatry*, *51*(2), 121-129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.05.003>



Browne, C.B., & Winkelman, C. (2007). The Effect of Childhood Trauma on Later Psychological Adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 684 - 697. <https://doi.org/10.1177/0886260507300207>

Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66–77. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.66>

Bruce, J., Fisher, P. A., Graham, A. M., Moore, W. E., Peake, S. J., & Mannering, A. M. (2013). Patterns of brain activation in foster children and nonmaltreated children during an inhibitory control task. *Development and psychopathology*, 25(4 Pt 1), 931–941. <https://doi.org/10.1017/S095457941300028X>

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., Karam, E. G., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., Hu, C., ... Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 197(1), 20–27. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074716>

Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2009). Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate self-harm. *The American journal of orthopsychiatry*, 79(4), 482–490. <https://doi.org/10.1037/a0016735>

Burns, E., Joan, L., Jackson, & Hilary, G. Harding (2010) Child Maltreatment, Emotion Regulation, and Posttraumatic Stress: The Impact of Emotional Abuse, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(8), 801-819. <https://doi.org/10.1080/10926771.2010.522947>

Camras, L. A., Sachs-Alter, E., & Ribordy, S. C. (1996). Emotion understanding in maltreated children: Recognition of facial expressions and integration with other emotion cues. In M. Lewis & M. W. Sullivan (Eds.), *Emotional development in atypical children* (pp. 203–225). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Casey, B. J., Somerville, L. H., Gotlib, I. H., Ayduk, O., Franklin, N. T., Askren, M. K., Jonides, J., Berman, M. G., Wilson, N. L., Teslovich, T., Glover, G., Zayas, V., Mischel, W., & Shoda, Y. (2011). Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(36), 14998–15003. <https://doi.org/10.1073/pnas.1108561108>

- Castagnani, A.M., & Boscherini, B. (1999). La sindrome di Munchausen per procura: una “sfida” per il pediatra, *Maltrattamento e abuso all’infanzia*, 1,2, 33-39.
- Cecchet, S. J., & Thoburn, J. (2014). The psychological experience of child and adolescent sex trafficking in the United States: Trauma and resilience in survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 482–493. <https://doi.org/10.1037/a0035763>
- Cerezo, M. A. (1997). Abusive family interaction: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 2(3), 215–240. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(96\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(96)00025-0)
- Cerutti, R., Manca M., Presaghi F., Gratz K.L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(2), 337-347. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.004>
- Christ, S.L., Kwak, Y., & Lu, T. (2017). Adolescents’ Experience of Parental Psychological Caregiving and Neglect: Construct Development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87, 326–336. <https://doi.org/10.1037/ort0000206>
- Christoffel, K. K., Scheidt, P. C., Agran, P. F., Kraus, J. F., McLoughlin, E., & Paulson, J. A. (1992). Standard definitions for childhood injury research: Excerpts of a conference report. *Pediatrics*, 89, 1027–1034. <https://doi.org/10.1007/BF02075767>
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 129–201). John Wiley & Sons, Inc.
- Cicchetti D, Lynch M. Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. *Developmental psychopathology*, Vol 2: Risk, disorder, and adaptation. Oxford, England: Wiley; 1995. pp. 32–71.
- Dante Cicchetti & Michael Lynch (1993) Toward an Ecological/Transactional Model of Community Violence and Child Maltreatment: Consequences for Children’s Development, *Psychiatry*, 56:1, 96-118. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024624>
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual review of clinical psychology*, 1, 409–438. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029>
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child

development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 129–201). John Wiley & Sons, Inc.

Clawson, H. J., Salomon, A., & Goldblatt Grace, L. (2008). *Treating the hidden wounds: Trauma treatment and mental health recovery for victims of human trafficking*. Washington, DC: U.S. Department of Health & Human Services. <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/pdf/75356/ib.pdf>

Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M.-A., Garvert, D. W., Henn-Haase, C. M., Falvey, E. C., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(1), 82–89. <https://doi.org/10.1037/tra0000374>

Coohey, C., Renner, L. M., Hua, L., Zhang, Y. J., & Whitney, S. D. (2011). Academic achievement despite child maltreatment: a longitudinal study. *Child abuse & neglect*, *35*(9), 688–699. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.009>

Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and psychopathology*, *27*(2), 521–533. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000139>

Crawford, M., & Kaufman, M. R. (2008). Sex trafficking in Nepal: survivor characteristics and long-term outcomes. *Violence against women*, *14*(8), 905–916. <https://doi.org/10.1177/1077801208320906>

Crittenden, P. M. (1981). Abusing, neglecting problematic and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly*, *27*, 201-208.

Crittenden, P. M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, *26*(1), 85–96. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1985.tb01630.x>

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological bulletin*, *135*(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>

Cummings, E. M. (1987). Coping with background anger in early childhood. *Child Development*, *58*(4), 976–984. <https://doi.org/10.2307/1130538>

Cummings, E. M., Vogel, D., Cummings, J. S., & el-Sheikh, M. (1989). Children's responses to different forms of expression of anger between adults. *Child development*, *60*(6), 1392–1404. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1989.tb04011.x>

Cummings, E., Hennessy, K., Rabideau, G., & Cicchetti, D. (1994). Responses of physically abused boys to interadult anger involving their mothers. *Development and Psychopathology*, 6(1), 31-41. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005861>

Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2011). Affective facial expression processing in young children who have experienced maltreatment during the first year of life: an event-related potential study. *Development and psychopathology*, 23(2), 373–395. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000125>

Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and psychopathology*, 22(1), 87–108. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116(3), 387–411. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.387>

Day, D. M., Hart, T. A., Wanklyn, S. G., McCay, E., Macpherson, A., & Burnier, N. (2013). Potential mediators between child abuse and both violence and victimization in juvenile offenders. *Psychological services*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/a0028057>

De Blasio, P., & Acquistapace, V. (2004). La prevenzione della violenza all'infanzia tra fattori di rischio e fattori protettivi, *Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, la prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Istituto degli innocenti, Firenze.

Dembo, R., Williams, L., La Voie, L., Berry, E., Getreu, A., Wish, E.D., Schmeidler, J., & Washburn, M. (1989). Physical Abuse, Sexual Victimization, and Illicit Drug Use: Replication of a Structural Analysis Among a New Sample of High-Risk Youths. *Violence and Victims*, 4, 121 - 138.

Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino, Bologna

Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 632–643. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.104.4.632>

Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>

EASO, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea. (2015). *Informazioni sui paesi di origine Nigeria La tratta di donne a fini sessuali*, 15-16. [https://www.ecoi.net/en/file/local/1305206/1226\\_1457689194\\_bz0415678itn.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1305206/1226_1457689194_bz0415678itn.pdf)

EASO, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea. (2015). *Informazioni sui paesi di origine Nigeria La tratta di donne a fini sessuali*, 22-24. [https://www.ecoi.net/en/file/local/1305206/1226\\_1457689194\\_bz0415678itn.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1305206/1226_1457689194_bz0415678itn.pdf)

Egeland, B., Sroufe, L. A., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child abuse & neglect*, 7(4), 459–469. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(83\)90053-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(83)90053-4)

Emiliani, F. (1995), *Processi di crescita tra protezione e rischio*, in P. Di Blasio (a cura di), *Contesti relazionali e processi di sviluppo*. Cortina.

Emiliani, F. e Bastianoni, P. (1993), *Una normale solitudine*. La Nuova Italia Scientifica.

Europol Public Information (2011). *Trafficking in Human Beings in the European Union*. [https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/documents/trafficking\\_in\\_human\\_beings\\_in\\_the\\_european\\_union\\_2011.pdf](https://www.europol.europa.eu/sites/default/files/documents/trafficking_in_human_beings_in_the_european_union_2011.pdf)

Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital & community psychiatry*, 44(2), 134–140. <https://doi.org/10.1176/ps.44.2.134>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse & neglect*, 32(6), 607–619. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018>

Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55(4), 530–541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>

- Flynn, M., Cicchetti, D., & Rogosch, F. (2014). The prospective contribution of childhood maltreatment to low self-worth, low relationship quality, and symptomatology across adolescence: A developmental-organizational perspective. *Developmental psychology*, *50*(9), 2165–2175. <https://doi.org/10.1037/a0037162>
- Folkman, S., Chesney, M. A., Pollack, L., & Phillips, C. (1992). Stress, coping, and high-risk sexual behavior. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *11*(4), 218–222. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.11.4.218>
- Ford, J. D., & Gómez, J. M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: a review. *Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, *16*(3), 232–271. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.989563>
- Fordham, M. (1976). *The Self and Autism*, Heinemann Medical [for] the Society of Analytical Psychology
- Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson, C. A., 3rd (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child development*, *81*(1), 28–40. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x>
- Gabrielli, J., Hambrick, E. P., Tunno, A. M., Jackson, Y., Spangler, A., & Kanine, R. M. (2015). Longitudinal Assessment of Self-Harm Statements of Youth in Foster Care: Rates, Reporters, and Related Factors. *Child psychiatry and human development*, *46*(6), 893–902. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0529-4>
- Gaensbauer, T. J., Mrazek, D., & Harmon, R. J. (1981). Emotional expression in abused and/or neglected infants. In N. Frude (Ed.), *Psychological approaches to child abuse* (pp. 120–135). Totowa, NJ: Rowan and Littlefield.
- Gagnon, J., Daelman, S., McDuff, P., & Kocka, A. (2013). UPPS dimensions of impulsivity: Relationships with cognitive distortions and childhood maltreatment. *Journal of Individual Differences*, *34*(1), 48–55. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000099>
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour research and therapy*, *45*(10), 2483–2490. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.002>

- Gómez, J., Becker-Blease, K., & Freyd, J. (2015). A Brief Report on Predicting Self-Harm: Is It Gender or Abuse that Matters?. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24, 203-214. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1002651>
- Goździak, E. M., & MacDonnell, M. (2007). Closing the gaps: The need to improve identification and services to child victims of trafficking. *Human Organization*, 66(2), 171–184. <https://doi.org/10.17730/humo.66.2.y767h78360721702>
- Gratz K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *The American journal of orthopsychiatry*, 76(2), 238–250. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.238>
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191–213. <https://doi.org/10.1017/S095457940000434X>
- Greene, J. M., & Ringwalt, C. L. (1996). Youth and familial substance use's association with suicide attempts among runaway and homeless youth. *Substance Use & Misuse*, 31(8), 1041–1058. <https://doi.org/10.3109/10826089609072286>
- Grych, J. H., & Fincham, F. D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 108(2), 267–290. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.2.267>
- Hanson, J. L., Adluru, N., Chung, M. K., Alexander, A. L., Davidson, R. J., & Pollak, S. D. (2013). Early neglect is associated with alterations in white matter integrity and cognitive functioning. *Child development*, 84(5), 1566–1578. <https://doi.org/10.1111/cdev.12069>
- Hart, H., & Rubia, K. (2012). Neuroimaging of child abuse: a critical review. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 52. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00052>
- Hart, S., Brassard, M., & Karlson, H. (1996). Psychological maltreatment. In J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny, & T. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 72-89). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Haskett, M. E., & Kistner, J. A. (1991). Social interactions and peer perceptions of young physically abused children. *Child Development*, 62(5), 979–990. <https://doi.org/10.2307/1131147>

- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, *379*(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2009). Childhood sexual abuse and cannabis use in early adulthood: findings from an Australian birth cohort study. *Archives of sexual behavior*, *38*(1), 135–142. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9172-5>
- Hennessy, K. D., Rabideau, G. J., Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (1994). Responses of physically abused and nonabused children to different forms of interadult anger. *Child Development*, *65*(3), 815–828. <https://doi.org/10.2307/1131420>
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Development and psychopathology*, *18*(2), 309–343. <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>
- Hooley, J.M., Butcher, J.N., Nock, M.K., Mineka, S. (2017). *Psicopatologia e psicologia clinica* (G. Buodo, C. Gentili, M. Ghisi, A. Prunas, C. Pruneti, a cura di). Pearson.
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L., & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of affective disorders*, *198*, 189–197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.050>
- Howes PW, Cicchetti D (1993), A family/relational perspective on maltreating families: Parallel processes across systems and social policy implications. In D Cicchetti, SL Toth (a cura di), *Child abuse, child development, and social policy*. Norwood.
- Howes, P. W., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (2000). Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: A system's perspective. *Journal of Family Psychology*, *14*(1), 95–110. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.1.95>
- Hu, N., Taylor, C. L., Li, J., & Glauert, R. A. (2017). The impact of child maltreatment on the risk of deliberate self-harm among adolescents: A population-wide cohort study using linked administrative records. *Child abuse & neglect*, *67*, 322–337. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.012>
- Huang, Y., Liu, H., & Masum, M. (2021). Adverse Childhood Experiences and Physical and Mental Health of Adults: Assessing the Mediating Role of Cumulative Life Course Poverty. *American journal of health promotion: AJHP*, *35*(5), 637–647. <https://doi.org/10.1177/0890117120982407>



Huda, S. (2006). Sex trafficking in South Asia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 94, 374–381. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.04.027>

IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows; IBM Corp: Armonk, NY, USA, 2016

Inserra, A. (1994). *Aspetti clinico-chirurgici dell'abuso all'infanzia*, in F. Montecchi, Gli abusi dell'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico. F. Angeli.

Jackson, L. A., Bennett, C. G., & Sowinski, B. A. (2007). Stress in the sex trade and beyond: Women working in the sex trade talk about the emotional stressors in their working and home lives. *Critical Public Health*, 17(3), 257–271. <https://doi.org/10.1080/09581590701549535>

Jessor, R., Bos, J.V., Vanderryn, J., & Costa, F.M. (1995). Protective Factors in Adolescent Problem Behavior: Moderator Effects and Developmental Change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933. <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.31.6.923>

Johnson, M. H. (2011). Interactive specialization: A domain-general framework for human functional brain development? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 1(1), 7–21. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2010.07.003>

Schatz, J. N., Smith, L. E., Borkowski, J. G., Whitman, T. L., & Keogh, D. A. (2008). Maltreatment risk, self-regulation, and maladjustment in at-risk children. *Child abuse & neglect*, 32(10), 972–982. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.001>

Jung, C. G. (1951). *Aion: ricerche sul simbolismo del Sé*, in *Opere*, vol. IX, t, II, Boringhieri.

Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry research*, 206(2-3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>

Kaufman, J., & Cicchetti, D. (1989). Effects of maltreatment on school-age children's socioemotional development: Assessments in a day-camp setting. *Developmental Psychology*, 25(4), 516–524. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.516>

Kavanagh, K. A., Youngblade, L., Reid, J. B., & Fagot, B. I. (1988). Interactions between children and abusive versus control parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(2), 137–142. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1702\\_5](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1702_5)

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E.,

- Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *197*(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kidd, S. A., & Kral, M. J. (2002). Suicide and prostitution among street youth: A qualitative analysis. *Adolescence*, *37*, 411–430.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (2010). Psychological stress, telomeres, and telomerase. *Brain, Behavior, and Immunity*, *24*(4), 529–530. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2010.02.002>
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *51*(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>
- Kim, J., & Williams, S. (2009). Linking childhood maltreatment to substance use in college students: The mediating role of self-worth contingencies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *18*(1), 88–105. <https://doi.org/10.1080/10926770802616399>
- Kim-Spoon, J., Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2013). A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and nonmaltreated children. *Child development*, *84*(2), 512–527. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01857.x>
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, *23*(1), 4–41. <https://doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Kopp, C. B. (2002). Commentary: The codevelopments of attention and emotion regulation. *Infancy*, *3*(2), 199–208. [https://doi.org/10.1207/S15327078IN0302\\_5](https://doi.org/10.1207/S15327078IN0302_5)
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: a review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, violence & abuse*, *12*(1), 23–37. <https://doi.org/10.1177/1524838010386975>
- Layne, C. M., Greeson, J. K. P., Ostrowski, S. A., Kim, S., Reading, S., Vivrette, R. L., Briggs, E. C., Fairbank, J. A., & Pynoos, R. S. (2014). Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: Findings from the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *6*(Suppl 1), S40–S49. <https://doi.org/10.1037/a0037799>

- Leonard, L.M., & Follette, V.M. (2002). Sexual Functioning in Women Reporting a History of Child Sexual Abuse: Review of the Empirical Literature and Clinical Implications. *Annual Review of Sex Research*, 13, 346 - 388. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559809>
- Leslie, L. K., James, S., Monn, A., Kauten, M. C., Zhang, J., & Aarons, G. (2010). Health-risk behaviors in young adolescents in the child welfare system. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 47(1), 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.12.032>
- Linehan M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, 137, 201–216.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Liu, S.-H., Srikrishnan, A. K., Zelaya, C. E., Solomon, S., Celentano, D. D., & Sherman, S. G. (2011). Measuring perceived stigma in female sex workers in Chennai, India. *AIDS Care*, 23(5), 619–627. <https://doi.org/10.1080/09540121.2010.525606>
- Loeb, T. B., Williams, J. K., Carmona, J. V., Rivkin, I., Wyatt, G. E., Chin, D., & Asuan-O'Brien, A. (2002). Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annual review of sex research*, 13, 307–345. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559808>
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Zoll, D., & Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior, and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23(2), 223–232. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.223>
- Macfie, J., Toth, S. L., Rogosch, F. A., Robinson, J., Emde, R. N., & Cicchetti, D. (1999). Effect of maltreatment on preschoolers' narrative representations of responses to relieve distress and of role reversal. *Developmental Psychology*, 35(2), 460–465. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.2.460>
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E. J., Fekete, S., van Heeringen, K., Ystgaard, M., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European child & adolescent psychiatry*, 20(10), 499–508. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0210-4>

- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Malacrea, M. (1998). *Trauma e riparazione*. Cortina.
- Månsson, S. A., & Hedin, U. C. (1999). Breaking the Matthew effect—On women leaving prostitution. *International Journal of Social Welfare*, 8, 67–77. <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00063>
- Marcenko, M. O., Kemp, S. P., & Larson, N. C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low-income mothers. *The American journal of orthopsychiatry*, 70(3), 316–326. <https://doi.org/10.1037/h0087853>
- Margolin, G. (1998). Effects of domestic violence on children. In P. Trickett & C. J. Schellenbach (Eds.), *Violence against children in the family and the community* (pp. 57–101). Washington, DC: American Psychological Association.
- Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades [Editorial]. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491–495. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000222>
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child development*, 73(5), 1525–1542. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00488>
- McDonald, T. P., Allen, R. I., Westerfelt, A., & Piliavin, I. (1996). *Assessing the long-term effects of foster care: A research synthesis*. Washington, DC: CWLA Press.
- McLafferty, S., Schneider, D., & Abelt, K. (2020). Placing volunteered geographic health information: Socio-spatial bias in 311 bed bug report data for New York City. *Health & place*, 62, 102282. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102282>
- McLaughlin, K. A., Peverill, M., Gold, A. L., Alves, S., & Sheridan, M. A. (2015). Child Maltreatment and Neural Systems Underlying Emotion Regulation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(9), 753–762. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.06.010>
- McLaughlin, K. A., Greif Green, J., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of

- US adolescents. *Archives of general psychiatry*, 69(11), 1151–1160.  
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277>
- McLeer, S. V., Dixon, J. F., Henry, D., Ruggiero, K., Escovitz, K., Niedda, T., & Scholle, R. (1998). Psychopathology in non-clinically referred sexually abused children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1326–1333.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-199812000-00017>
- Meshkovska, B., Siegel, M., Stutterheim, S. E., & Bos, A. E. (2015). Female sex trafficking: conceptual issues, current debates, and future directions. *Journal of sex research*, 52(4), 380–395.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2014.1002126>
- Messman-Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 154–169. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12193>
- Micheli, M., Di Rienzo, E. (2003). *La bella e la bestia: il significato relazionale della violenza, atti del Convegno 2003*. CISMAL.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. *Clinical child and family psychology review*, 16(2), 146–172.  
<https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *The American journal of psychiatry*, 158(11), 1783–1793.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B. W., Ross, S., Sears, M. R., Thomson, W. M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(7), 2693–2698. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Molnar, B. E., Shade, S. B., Kral, A. H., Booth, R. E., & Watters, J. K. (1998). Suicidal behavior and sexual/physical abuse among street youth. *Child abuse & neglect*, 22(3), 213–222.  
[https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(97\)00137-3](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(97)00137-3)

Montecchi, F. (a cura di) (2002), *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola. Linee guida ed indicazioni operative ad uso di insegnanti, dirigenti scolastici e professionisti dell'infanzia*. Franco Angeli.

Montecchi, F., (1998) *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini*, Franco Angeli.

Montecchi, F., (2006) *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*, Franco Angeli.

Montecchi F., (2011), *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento, trattamento*. F. Angeli.

Mosten, A. S., & Reed, N. J. (2002). *Resilience in development*, in C.R. Snyder. -S.J. Lopez, *Handbook of Positive Psychology*, Oxford University Press, Oxford.

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>

Murray, K. T., & Kochanska, G. (2002). Effortful control: factor structure and relation to externalizing and internalizing behaviors. *Journal of abnormal child psychology*, 30(5), 503–514. <https://doi.org/10.1023/a:1019821031523>

Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S., Stein, D. J., Pariente, C. M., Seemüller, F., Berk, M., Malhi, G. S., Preisig, M., Brüne, M., & Lysaker, P. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC medicine*, 11, 202. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-202>

Nicodemi, F. (2016). *Le donne vittime di tratta in Italia: Misure di accoglienza e protezione*, pag. 26. Quaderni del Samifo, Donne migranti, 2016.

Nock M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>

O'Hagan, K.P. (1995). Emotional and Psychological Abuse: Problems of Definition, *Child Abuse and Neglect*, 19(4), 449-461. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00006-T](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00006-T)

- Office on Violence Against Women. (2000). *Victims of Trafficking and Violence Prevention Act of 2000*. Washington, DC: United States Department of Justice. <https://doi.org/10.1177/107780120832914>
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9(4), 855–879. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001478>
- Ogle, R. L., & Clements, C. M. (2008). Deliberate self-harm and alcohol involvement in college-aged females: A controlled comparison in a nonclinical sample. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(4), 442–448. <https://doi.org/10.1037/a0014325>
- Oshri, A., Rogosch, F. A., Burnette, M. L., & Cicchetti, D. (2011). Developmental pathways to adolescent cannabis abuse and dependence: child maltreatment, emerging personality, and internalizing versus externalizing psychopathology. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 25(4), 634–644. <https://doi.org/10.1037/a0023151>
- Paul, E., & Ortin, A. (2019). Correlates of Suicidal Ideation and Self-harm in Early Childhood in a Cohort at Risk for Child Abuse and Neglect. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 23(1), 134–150. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1413468>
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55–70. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>
- Peh, C. X., Shahwan, S., Fauziana, R., Mahesh, M. V., Sambasivam, R., Zhang, Y., Ong, S. H., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Emotion dysregulation as a mechanism linking child maltreatment exposure and self-harm behaviors in adolescents. *Child abuse & neglect*, 67, 383–390. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.013>
- Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(4), 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.014>

- Pollak S. D. (2008). Mechanisms Linking Early Experience and the Emergence of Emotions: Illustrations From the Study of Maltreated Children. *Current directions in psychological science*, 17(6), 370–375. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00608.x>
- Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., & Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental psychology*, 36(5), 679–688. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.5.679>
- Rieder, C., & Cicchetti, D. (1989). Organizational perspective on cognitive control functioning and cognitive-affective balance in maltreated children. *Developmental Psychology*, 25(3), 382–393. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.3.382>
- Riggs, S.A., & Kaminski, P.L. (2010). Childhood Emotional Abuse, Adult Attachment, and Depression as Predictors of Relational Adjustment and Psychological Aggression. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 104 - 75. <https://doi.org/10.1080/10926770903475976>
- Risley-Curtiss C. (1997). Sexual activity and contraceptive use among children entering out-of-home care. *Child welfare*, 76(4), 475–499. <http://www.jstor.org/stable/45399608>
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37–62). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11875-003>.
- Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Shields, A., & Toth, S. L. (1995). Parenting dysfunction in child maltreatment. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 4, pp. 127-159). Lawrence Erlbaum Associates.
- Rogosch, F. A., Oshri, A., & Cicchetti, D. (2010). From child maltreatment to adolescent cannabis abuse and dependence: a developmental cascade model. *Development and psychopathology*, 22(4), 883–897. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000520>
- Rotheram-Borus, M. J., Mahler, K. A., Koopman, C., & Langabeer, K. (1996). Sexual abuse history and associated multiple risk behavior in adolescent runaways. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 390–400. <https://doi.org/10.1037/h0080189>
- Roy A. (2005). Childhood trauma and impulsivity. Possible relevance to suicidal behavior. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 9(2), 147–151. <https://doi.org/10.1080/13811110590903990>
- Rutter, M. e Rutter, M. (1995). *L'arco della vita*. Giunti.



- Sætren, S. S., Augusti, E. M., & Hafstad, G. S. (2021). Affective inhibitory control and risk for internalizing problems in adolescents exposed to child maltreatment: A population-based study. *Journal of abnormal psychology, 130*(2), 113–125. <https://doi.org/10.1037/abn0000582>
- Sallmann, J. (2010). Living with stigma: Women's experiences of prostitution and substance use. *Affilia: Journal of Women & Social Work, 25*(2), 146–159. <https://doi.org/10.1177/0886109910364362>
- Sandberg, D. N. (1989). *The child abuse-delinquency connection*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Santrock, J. W. (2007). *Child development*. The McGraw-Hill Companies (trad. it., *Psicologia dello sviluppo*, 2008, The McGraw-Hill Companies).
- Schaffer, H.R. (1977). *Studies in Mother-infant Interaction*. Academic Press; trad. It. *L'interazione madre-bambino. Oltre la teoria dell'attaccamento*. (1984). F. Angeli.
- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R., & Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-oncology, 19*(1), 46–53. <https://doi.org/10.1002/pon.1501>
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS-4): Report to Congress, Executive Summary*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Senn, T. E., Carey, M. P., & Coury-Doniger, P. (2011). Self-defining as sexually abused and adult sexual risk behavior: results from a cross-sectional survey of women attending an STD clinic. *Child abuse & neglect, 35*(5), 353–362. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.01.013>
- Serafini, G., Canepa, G., Adavastro, G., Nebbia, J., Belvederi Murri, M., Erbuto, D., Poci, B., Fiorillo, A., Pompili, M., Flouri, E., & Amore, M. (2017). The Relationship between Childhood Maltreatment and Non-Suicidal Self-Injury: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry, 8*, 149. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00149>
- Shakespeare-Finch, J., & Barrington, A. J. (2012). Behavioural changes add validity to the construct of posttraumatic growth. *Journal of traumatic stress, 25*(4), 433–439. <https://doi.org/10.1002/jts.21730>

- Shields, A., Ryan, R. M., & Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology*, 37(3), 321–337. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.3.321>
- Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 268–285. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x>
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 301(21), 2252–2259. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>
- Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. *Child abuse & neglect*, 20(8), 709–723. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00059-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00059-2)
- Smith, L. A., Healy Vardaman, S., & Snow, M. A. (2009). *The National Report on domestic minor sex trafficking: America's prostituted children*. Vancouver, WA: Shared Hope International.
- Speidel, R., Wang, L., Cummings, E. M., & Valentino, K. (2020). Longitudinal pathways of family influence on child self-regulation: The roles of parenting, family expressiveness, and maternal sensitive guidance in the context of child maltreatment. *Developmental psychology*, 56(3), 608–622. <https://doi.org/10.1037/dev0000782>
- Sroufe, L.A. (1996) Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years. Cambridge University Press, New York. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527661>
- Steinberg, J.A., Gibb, B.E., Alloy, L.B., & Abramson, L.Y. (2003). Childhood Emotional Maltreatment, Cognitive Vulnerability to Depression, and Self-Referent Information Processing in Adulthood: Reciprocal Relations. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 347 - 358. <https://doi.org/10.1891/jcop.17.4.347.52541>
- Stiles, J., & Jernigan, T. L. (2010). The basics of brain development. *Neuropsychology review*, 20(4), 327–348. <https://doi.org/10.1007/s11065-010-9148-4>
- Taussig H. N. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: a longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child abuse & neglect*, 26(11), 1179–1199. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00391-5](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00391-5)

Taussig, H. N. (1998). *Risk behaviors in maltreated adolescents* (Doctoral dissertation, University of California, San Diego and San Diego State University).

Taussig, H. N., Harpin, S. B., & Maguire, S. A. (2014). Suicidality among preadolescent maltreated children in foster care. *Child Maltreatment*, *19*(1), 17–26. <https://doi.org/10.1177/1077559514525503>

Taylor, C. (2012). *Social death and sexual violence*. Spinifex Press.

Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *109*(9), E563–E572. <https://doi.org/10.1073/pnas.1115396109>

Teti, D. M. (2016). *Parenting and Family Processes in Child Maltreatment and Intervention*. Springer.

Thompson, N. J., Potter, J. S., Sanderson, C. A., & Maibach, E. W. (1997). The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients. *Child abuse & neglect*, *21*(2), 149–156. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(96\)00140-8](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(96)00140-8)

Thompson, R. A. (2008). Unpublished review of J. W. Santrock's *Children* (10<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill).

Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, *8*(1), 163–182. <https://doi.org/10.1017/S0954579400007021>

Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emde, R. N. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and psychopathology*, *9*(4), 781–796. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001430>

Trevarthen, C. (1977) *Analisi descrittiva del comportamento comunicativo del bambino*, in R. Schaffer (a cura di), *Studies in Mother-Infant Interaction*, Academic Press; trad. it. *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. F. Angeli.

Trickett, P. K., Aber, J. L., Carlson, V., & Cicchetti, D. (1991). Relationship of socioeconomic status to the etiology and developmental sequelae of physical child abuse. *Developmental Psychology*, *27*(1), 148–158. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.27.1.148>

- Trickett, P. K., & Susman, E. J. (1988). Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology*, 24(2), 270–276. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.24.2.270>
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review*, 15(3), 311–337. <https://doi.org/10.1006/drev.1995.1012>
- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 400–410. <https://doi.org/10.1037/a0024204>
- Troy, M., & Sroufe, L. A. (1987). Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 166–172. <https://doi.org/10.1097/00004583-198703000-00007>
- Tubman, J. G., Oshri, A., Taylor, H. L., & Morris, S. L. (2011). Maltreatment clusters among youth in outpatient substance abuse treatment: Co-occurring patterns of psychiatric symptoms and sexual risk behaviors. *Archives of Sexual Behavior*, 40(2), 301–309. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9699-8>
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145–168.
- van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P., & Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: findings from a birth cohort. *Child abuse & neglect*, 33(3), 161–172. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.006>
- Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P., Underwood, S., & Gochez-Kerr, T. (2015). Subtypes of non-suicidal self-injury based on childhood adversity. *The Psychiatric quarterly*, 86(1), 137–151. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9313-7>
- Verona, E., Murphy, B., & Javdani, S. (2015). Gendered Pathways: Violent Childhood Maltreatment, Sex Exchange, and Drug Use. *Psychology of violence*, 2015, a0039126. <https://doi.org/10.1037/a0039126>
- Volgin, R. N., Shakespeare-Finch, J., & Shochet, I. M. (2019). Posttraumatic distress, hope, and growth in survivors of commercial sexual exploitation in Nepal. *Traumatology*, 25(3), 181–188. <https://doi.org/10.1037/trm0000174>

- Walsh, K., Galea, S., & Koenen, K. C. (2012). Mechanisms Underlying Sexual Violence Exposure and Psychosocial Sequelae: A Theoretical and Empirical Review. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 19(3), 260–275. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12004>
- Wan, Y., Chen, J., Sun, Y., & Tao, F. (2015). Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PloS one*, 10(6), e0131239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131239>
- Weintraub, S., Dikmen, S. S., Heaton, R. K., Tulsky, D. S., Zelazo, P. D., Bauer, P. J., Carlozzi, N. E., Slotkin, J., Blitz, D., Wallner-Allen, K., Fox, N. A., Beaumont, J. L., Mungas, D., Nowinski, C. J., Richler, J., Deocampo, J. A., Anderson, J. E., Manly, J. J., Borosh, B., Havlik, R., ... Gershon, R. C. (2013). Cognition assessment using the NIH Toolbox. *Neurology*, 80(11 Suppl 3), S54–S64. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182872ded>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Widom, C. S., Marmorstein, N. R., & White, H. R. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of addictive behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 20(4), 394–403. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.394>
- Widom, C. S. (1994). Childhood victimization and adolescent problem behaviors. In R. D. Ketterlinus & M. E. Lamb (Eds.), *Adolescent problem behaviors: Issues and research* (pp. 127–164). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Widom, C. S., Weiler, B. L., & Cottler, L. B. (1999). Childhood victimization and drug abuse: A comparison of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 867–880. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.867>
- Wiederman, M.W., Sansone, R.A., & Sansone, L.A. (1999). Bodily Self-Harm and Its Relationship to Childhood Abuse Among Women in a Primary Care Setting. *Violence Against Women*, 5, 155 - 163. <https://doi.org/10.1177/107780129952004>
- Wills, T. A., & Dishion, T. J. (2004). Temperament and adolescent substance use: a transactional analysis of emerging self-control. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 33(1), 69–81. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_7](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_7)

- Wilson, H. W., & Widom, C. S. (2008). An examination of risky sexual behavior and HIV in victims of child abuse and neglect: a 30-year follow-up. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27(2), 149–158. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2.149>
- Wilson, B., & Butler, L. D. (2014). Running a gauntlet: A review of victimization and violence in the pre-entry, post-entry, and peri-/post-exit periods of commercial sexual exploitation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 494–504. <https://doi.org/10.1037/a0032977>
- Yates T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical psychology review*, 24(1), 35–74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.001>
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and psychopathology*, 20(2), 651–671. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000321>
- Yoder, K. A. (1999). Comparing suicide attempters, suicide ideators, and nonsuicidal homeless and runaway adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 25-36.
- Zelazo, P. D., Anderson, J. E., Richler, J., Wallner-Allen, K., Beaumont, J. L., & Weintraub, S. (2013). II. NIH Toolbox Cognition Battery (CB): measuring executive function and attention. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 78(4), 16–33. <https://doi.org/10.1111/mono.12032>
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 177–188. <https://doi.org/10.1023/A:1007899918410>

## SITOGRAFIA

Badalassi G., Gentile F., (2022). *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia*. [https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/06/Cesvi\\_Indice-maltrattamento-2022\\_FULLL.pdf](https://www.cesvi.org/wp-content/uploads/2018/06/Cesvi_Indice-maltrattamento-2022_FULLL.pdf).

Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. (2022). *Indice regionale sul maltrattamento all'infanzia in Italia 2022*. <https://www.minori.gov.it/it/node/8093>.

Ciampa, A., Bianchi, D., Giordano, M., Pandolfi, L., Zullo, F., Calvanelli, C., Cigliuti, K., D'Ambrosio, L., Degl'Innocenti, S., Fagnini, L., Marciano, G., Mirai, V., Perazzo, A. P., Rossi, V. (2020) *Guida della sperimentazione nazionale Care Leavers*. <https://poninclusione.lavoro.gov.it/Documents/Guida-Careleavers.pdf>.

Demetriou, C. (2002). *Child prostitution: Whose child next? Taking it global*. <http://www.tigweb.org>

Demofonti, K., Ministero della Salute (2014). *Informativa OMS: maltrattamenti infantili*. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_3664\\_listaFile\\_itemName\\_6\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3664_listaFile_itemName_6_file.pdf)

Pekarsky, A. R. (2020). *Panoramica sull'incuria e sugli abusi sui bambini* [https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/incuria-e-abusi-sui-bambini/panoramica-sull-incuria-e-sugli-abusi-sui-bambini#v824350\\_it](https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-dei-bambini/incuria-e-abusi-sui-bambini/panoramica-sull-incuria-e-sugli-abusi-sui-bambini#v824350_it).

Save the children (2021). *Maltrattamento infantile: quali sono le forme di violenza* <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/maltrattamento-infantile-quali-sono-le-forme-di-violenza>

Smith, L. A., Vardaman, S. H., & Snow, M. A. (2009). *The national report on domestic minor sex trafficking: America's prostituted children*. Shared Hope International. [http://www.sharedhope.org/Portals/0/Documents/SHI\\_National\\_Report\\_on\\_DMST\\_2009.pdf](http://www.sharedhope.org/Portals/0/Documents/SHI_National_Report_on_DMST_2009.pdf)