



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea triennale in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità
e delle relazioni interpersonali**

Tesi di laurea triennale

**L'Abuso Sessuale negli Asili Nido: Analisi e Conseguenze del
Fenomeno e l'Amsterdam Sexual Abuse Case**

**Sexual Abuse in Daycare Centers: Analysis and Consequences of the Phenomenon and the Amsterdam
Sexual Abuse Case**

Relatore

Prof. Scrimin Sara

***Laureando/a:* Degola Irene**

***Matricola:* 2012109**

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1: ABUSO SESSUALE	6
CAPITOLO 2: RICONOSCERE E VALUTARE UN ABUSO SESSUALE	8
2.1. Riconoscere un abuso sessuale	8
2.2. Validazione delle dichiarazioni di abuso sessuale	9
2.3. Difficoltà nel riconoscimento	10
CAPITOLO 3: L'ABUSO SESSUALE NEGLI ASILI	12
3.1. Come avviene la violenza	12
3.2. Le caratteristiche degli abusatori	14
CAPITOLO 4: AMSTERDAM SEXUAL ABUSE CASE	15
4.1. La valutazione dei bambini in ospedale	15
4.2. Studio longitudinale	16
4.2.1. Assesment e sintomi psicosociali	17
4.2.2. Conseguenze del caso nei genitori e nei bambini	20
4.2.3. Conclusioni sullo studio	22
CAPITOLO 5: CONSEGUENZE IN ETÀ ADULTA	24
5.1. I profili dei sopravvissuti	25
CONCLUSIONI	27
BIBLIOGRAFIA	29

INTRODUZIONE

L'abuso sessuale è purtroppo un argomento di cui si sente parlare molto, spesso purtroppo anche su bambini e attuato da persone di cui il minore dovrebbe potersi fidare e con cui dovrebbe sentirsi protetto, non in pericolo. Per questo motivo ho deciso di indagare quali siano i fattori fondamentali del fenomeno e le conseguenze che può provocare a lungo termine nei soggetti che hanno subito un abuso in età prescolare. Per farlo ho svolto ricerche su alcuni siti di articoli scientifici come ResearchGate e PubMed, inoltre ho anche inserito elementi provenienti da alcuni siti che mi hanno fornito informazioni più specifiche per la mia ricerca, come il National Institute of Health (NIH), World Health Organization (WHO), Unicef, Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Save the Children e alcuni rapporti del Governo Italiano come il Servizio di Analisi Criminale della Polizia di Stato.

In questo elaborato l'argomento trattato è l'abuso sessuale negli asili nido o nei centri diurni, fenomeno che purtroppo come dimostrato dai dati è in continua crescita e provoca forti conseguenze nei bambini e nei genitori o le famiglie coinvolte in generale. Inizialmente ho scelto di trattare l'argomento in modo più generale al fine di poter successivamente comprendere al meglio i fattori specifici di questo fenomeno. Nei primi capitoli ho quindi fornito una descrizione dell'abuso sessuale, come riconoscerlo e valutarlo; successivamente ho trattato gli argomenti centrali della tesi, ovvero le modalità in cui avviene la violenza, le caratteristiche degli autori e l'analisi di un caso del 2010 che attualmente è tra i più rilevanti al mondo riguardo l'abuso sessuale in centri di istruzione, ovvero l'Amsterdam Sexual Abuse Case e il conseguente studio longitudinale che indaga le conseguenze a lungo termine fino ad otto anni dall'accaduto nei bambini abusati e nei genitori. Infine, l'ultima parte tratta delle conseguenze nella vita sessuale adulta dei sopravvissuti all'abuso e suddivide i soggetti secondo profili che evidenziano le loro debolezze, ma anche i loro punti di forza in base ai risultati di questionari specifici.

CAPITOLO 1: ABUSO SESSUALE

Secondo la World Health Organization il maltrattamento infantile è definito come *“tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere”*; l’OMS nel suo ultimo rapporto stima che nel mondo un bambino su due subisca violenza, motivo per cui enti come Unicef considerano prioritario il contrasto di questo fenomeno nella Convenzione sui diritti dell’infanzia e dell’adolescenza, nei Protocolli opzionali e come obiettivo nell’Agenda 2030 nell’ambito degli Obiettivi di sviluppo sostenibile.

Una delle più diffuse forme di violenza è l’abuso sessuale, che consiste nel coinvolgimento di un minore in atti sessuali che non sono compresi completamente, per i quali il soggetto non è in grado di acconsentire, per i quali il bambino non ha ancora raggiunto un livello di sviluppo adeguato e che violano la legge o i tabù sociali. Il comportamento di abuso può essere attuato sia da adulti che da altri minori, che appunto ricoprono per diverse motivazioni una posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti della vittima e non consiste solo in contatti fisici ma anche nell’esposizione dei propri genitali o nella visione di materiale pornografico

È importante ricordare che si tratta di un fenomeno che si può verificare ad ogni età e che nonostante siano le femmine ad essere ritenute più a rischio, anche i maschi subiscono violenze sessuali, ma esistono generalmente meno dati a disposizione. La possibilità di subire un abuso sessuale può dipendere da diversi fattori di protezione o di rischio attinenti alla società, alla comunità, alle relazioni dei soggetti e a fattori individuali del bambino o di chi se ne prende cura. Spesso chi subisce violenza denuncia il fatto dopo tanto tempo o non denuncia affatto, a causa di

alcuni processi di colpevolizzazione della vittima o anche spesso di mancato riconoscimento dell'atto.

L'abuso sessuale ovviamente provoca conseguenze nei soggetti, sia a livello fisico, se i soggetti entrano in contatto, che a livello psicologico, infatti possono verificarsi diversi traumi, possono svilupparsi sintomi internalizzanti o esternalizzanti e può essere favorito lo sviluppo di diversi malesseri psichici.

CAPITOLO 2: RICONOSCERE E VALUTARE UN ABUSO SESSUALE

2.1. Riconoscere un abuso sessuale

Non è sempre facile riconoscere l'abuso sessuale in un bambino, soprattutto se in età prescolare, quando egli non ha ancora appreso come esprimersi pienamente o non riesce a comprendere tutto quello che gli succede. Spesso il minore non riesce a raccontare l'accaduto perché teme l'abusante, è manipolato, oppure ha paura di non avere credibilità; per questo motivo, spesso la rivelazione avviene in modo casuale, ad esempio attraverso il ritrovamento di macchie di sangue negli slip, lamentele di dolore ai genitali, lividi e fattori comportamentali.

Esistono diversi indicatori che permettono di scoprire se c'è stato maltrattamento e in quale forma.

I primi sono gli indicatori fisici che si manifestano soprattutto in caso di un abuso che prevede la penetrazione. A causa del contatto tra la vittima e l'abusante si possono verificare casi di malattie e infezioni sessualmente trasmissibili, dolori durante la minzione, perdite dalla vagina o dal pene, lesioni genitali e anali, presenza di sperma sul corpo della vittima, eritemi, abrasioni, fessure, ematomi, lacerazioni e gravidanze quando il livello di sviluppo lo permette.

Nel caso di bambini di età molto piccola, questi indicatori sono importanti, perché sono quelli più facilmente rilevabili insieme alle conseguenze fisiche di abuso, che possono essere: disturbi gastrointestinali, disturbi ginecologici e problemi di somatizzazione corporea.

Gli indicatori comportamentali invece, consistono in risposte traumatiche agli atti subiti, ad esempio regressioni nel comportamento e rallentamento del raggiungimento di nuovi stadi di sviluppo, comportamento dipendente e irritabilità, disturbi del sonno, disordini alimentari, problemi scolastici e sociali, bassa autostima, depressione e comportamenti sessuali inappropriati; questi ultimi possono essere un forte indicatore di abuso sessuale: diventano problematici e significativi quando si verificano troppo frequentemente, sono associati a stress e comportamenti coercitivi, si verificano

prima dell'età adatta in riferimento agli stadi di sviluppo, spesso interferendo con questi ultimi e si ripresentano di nascosto dopo l'intervento di un adulto. Questi indici in età prescolare e in bambini molto piccoli sono più difficili da rilevare, appunto perché potrebbero far parte di determinati stadi di sviluppo o perché il bambino ancora non manifesta determinati atteggiamenti.

2.2. Validazione delle dichiarazioni di abuso sessuale

Affinché venga riconosciuta la molestia sul minore e si possa svolgere un migliore intervento sia psicologico che giuridico, è necessario che i sospetti e le accuse di abuso vengano validati attraverso visite mediche e le dichiarazioni della vittima e della persona che per prima ha avuto i sospetti. La visita specialistica e l'indagine devono essere svolte da un'equipe integrata e coordinata al fine di evitare di confondere o distorcere i ricordi dei soggetti e un'estrema ripetizione del trauma. Per svolgere tali visite è necessario il consenso dei genitori o dei tutori e la negazione del consenso può essere considerata un indice di abuso ed è necessario informare le autorità competenti.

L'esame si compone di due parti: esame fisico e colloquio clinico. L'esame fisico non va mai forzato, si possono cercare soluzioni per mettere il minore a proprio agio, ma se nonostante il consenso dei tutori lui non intende sottoporsi alla visita, essa non può essere svolta. È necessario spiegare le procedure al soggetto, in particolare se durante l'abuso gli sono state somministrate droghe e l'effetto di un'anestesia o una sedazione potrebbero ricordarglielo, spiegare l'utilità dei vari strumenti utilizzati e fornire sempre un'accurata descrizione di ogni passaggio effettuato.

Il colloquio clinico invece si deve basare su alcuni aspetti fondamentali per ricostruire la storia del soggetto, vanno quindi indagati primo e ultimo abuso subito, minacce ricevute, dettagli su dolori fisici, ferite e igiene dopo l'avvenimento. Al fine di poter avere un risultato il più possibile chiaro e completo, è necessario creare un ambiente in cui il bambino sia completamente capito in tutte le sue vulnerabilità e i limiti specifici in base all'età e stabilire l'importanza della figura d'aiuto con cui si

trova chiamato a dialogare; è molto importante, inoltre, che vengano stabilite delle modalità precise per il colloquio e che l'intervistatore sappia interpretare il linguaggio del bambino. Il soggetto deve sentirsi completamente a suo agio ed è necessario e utile ricevere le testimonianze della persona a cui l'abuso è stato raccontato o che comunque ha preso la decisione di denunciare in seguito a un sospetto e di tutti quei soggetti che in base alla circostanza potrebbero essere stati a contatto con il molestatore.

2.3. Difficoltà nel riconoscimento

Nell'articolo "*Clinical practice: recognizing child sexual abuse—what makes it so difficult?*" del 2018 di Vrolijk-Bosschaart, T. F. et al., sono individuate quattro principali ragioni per cui la valutazione e il riconoscimento di un abuso possono essere complicati.

Il primo fattore è la mancanza di testimonianze, infatti spesso le vittime non denunciano mai l'accaduto, oppure questo succede dopo molto tempo dal momento in cui si sono verificati i fatti; ciò avviene perché il soggetto spesso prova vergogna, ha paura di essere incolpato per ciò che è successo o di non avere poca credibilità.

È molto complicato inoltre valutare i sintomi fisici e psicologici non specifici conseguenti all'abuso; in particolare i sintomi comportamentali potrebbero essere attribuiti tanto a un abuso di tipo sessuale, quanto ad altre forme di maltrattamento o traumi, che risultano tutte in modificazioni del comportamento e di aspetti dello sviluppo emotivo e sociale dovute alla disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Per quanto riguarda i sintomi fisici invece non sembra esistere un pattern specifico e fisso di comportamenti che indichino abuso sessuale e ciò ne rende difficile l'identificazione: alcuni vengono maggiormente lamentati dalle vittime, però per alcuni di questi indici non esistono dati statistici abbastanza consistenti per considerarli significativi di per sé al fine di una diagnosi, come nel caso de disturbi gastrointestinali.

Gli indicatori fisici più specifici, quindi quelli che coinvolgono direttamente i genitali, sono rari da individuare quando le visite vengono svolte dopo diverso tempo dall'abuso, infatti le mucose ano-genitali si rigenerano molto velocemente e in diversi casi, già tra le 48 e le 72 ore eventuali lacerazioni non possono più essere individuate; questo costituisce un ulteriore fattore di difficoltà per il riconoscimento dell'abuso.

Infine, non necessariamente una malattia sessualmente trasmissibile o un'infezione genitale e dei tratti urinari possono essere indiscutibilmente indice di violenza sessuale, infatti in molti casi i bambini non risultano positivi ai test; è molto importante considerare il contesto familiare e i vari ambienti che il bambino frequenta, infatti, diverse malattie sono trasmissibili attraverso il contatto fisico, i liquidi, durante il parto, geneticamente o attraverso batteri e funghi.

CAPITOLO 3: L'ABUSO SESSUALE NEGLI ASILI

L'abuso sessuale avviene spesso in ambienti familiari o sportivi, ma, secondo fonti come il Servizio di Analisi Criminale pubblicato dal dipartimento della pubblica sicurezza del Ministero dell'interno, questo fenomeno di violenza è in aumento nelle strutture di istruzione e di cura per bambini molto piccoli.

Attualmente in Italia il reato di abuso sessuale infantile è punito dall'articolo 609 bis del Codice penale con un periodo di reclusione da sei a dodici anni e dalle aggravanti stabilite dall'articolo 609 ter del Codice penale che prevedono un aumento della pena da un terzo al doppio del periodo di reclusione in base a circostanze come il grado di parentela o di responsabilità nei confronti del soggetto leso, lo stato fisico e mentale e l'età del minore. All'interno della categoria di queste aggravanti, si colloca il reato di violenza sessuale aggravata perché commessa presso istituti di istruzione.

A causa dell'aumento della consapevolezza dei genitori riguardo a questo fenomeno, essi attualmente tendono a sospettare la presenza di un abuso in caso di problemi o anomalie comportamentali nel bambino, anche quando non avviene una dichiarazione di abuso da parte del minore, il che comporta l'indirizzamento verso terapisti con diversi gradi di sospetto iniziale per poter sottoporre i figli ad un'eventuale valutazione di abuso sessuale.

3.1. Come avviene la violenza

Le tipologie di atti sessuali denunciati negli asili nido variano dal palpeggiamento a forme più invasive di violenza come la penetrazione orale, anale e vaginale del minore, la quale spesso avviene attraverso l'inserimento di corpi estranei come matite, forbici, aghi, coltelli e crocifissi e può coinvolgere un solo autore o diversi autori contemporaneamente. Una tecnica molto utilizzata

dagli abusatori è la manipolazione della percezione del bambino riguardo all'oggetto con cui viene operata violenza, infatti, questo può servire all'adulto sia per rendere meno credibile un'eventuale accusa del bambino, sia per non far capire al bambino quello che effettivamente sta succedendo. L'adulto potrebbe quindi simulare l'inserimento di un corpo estraneo diverso da quello effettivamente utilizzato attraverso l'inganno, ad esempio l'inserimento di un coltello quando in realtà viene usato un dito; naturalmente se un bambino dovesse rivelare di aver subito violenza con un coltello e non venissero trovati indicatori fisici a dimostrare la veridicità dell'avvenimento, questo non solo renderebbe invalida la dichiarazione del bambino, ma renderebbe poco credibili anche tutte quelle successive. Un'altra modalità è invece quella di far credere al bambino che ciò che sta accadendo sia un gioco o una pratica medica, ad esempio dicendo che l'oggetto è un termometro o un qualcosa di magico.

La violenza sessuale può essere anche operata costringendo le vittime a svolgere atti sessuali tra di loro, affinché si sviluppi un senso di colpa che faccia sentire il minore autore della violenza e non vittima; solitamente questi sono anche i principali casi in cui viene prodotto materiale pedopornografico che viene ritrovato spesso in seguito alle denunce.

Esiste un altro fenomeno segnalato in casi avvenuti negli asili nido, ovvero l'abuso sessuale rituale dei bambini, che comporta il coinvolgimento di tale attività come parte di pratiche di culto di gruppo o attività sadiche attuate in modo ripetuto e sistematico; essendo appunto un'attività di gruppo, tendenzialmente coinvolge molte vittime abusate da molti autori. Questi soggetti seguono un elaborato sistema di credenze e cercano di creare un sistema spirituale e sociale attraverso pratiche che coinvolgono l'abuso di bambini, ma anche costumi specifici, canti, minacce con poteri soprannaturali spesso legate a demoni e Satana, sacrifici animali, omicidi e ingestione di sangue, feci e urine. Per questo motivo le pratiche a cui possono essere sottoposti i bambini possono essere bizzarre e atroci, ed essi possono subire manipolazione psicologica e coercizione; ciò ovviamente causa danni fisici e psicologici molto importanti.

3.2. Le caratteristiche degli abusatori

Sono state rilevate alcune caratteristiche associate agli abusatori negli ambienti degli asili nido, sia in base al ruolo che ricoprono, sia per quanto riguarda il genere.

In uno studio condotto da Finkelhor et al., i risultati hanno indicato che i ruoli degli autori sono tipicamente: insegnanti (30%), membri della famiglia del personale (25%), direttori o proprietari del centro di asilo nido (16%), personale non professionale che includeva assistenti dell'insegnante o volontari (15%), personale non legato all'assistenza ai bambini, come autisti di autobus e custodi (8%), e autori completamente estranei ai centri di asilo nido (5%). Quando gli autori sono estranei, può essere difficile per i clinici, i genitori e gli investigatori comprendere le dichiarazioni dei bambini, che potrebbero nominare persone a loro sconosciute; è importante però che venga sempre tenuto a mente che anche individui diversi dai dipendenti degli istituti possono entrare a contatto con i bambini e potrebbero inoltre anche essere portati da tali sconosciuti in posti che loro non conoscono, rendendo ancora più difficile la ricostruzione dell'accaduto.

L'altro fattore importante da tenere in considerazione è che negli asili nido, c'è una maggiore possibilità che gli atti di abuso vengano svolti da donne, a differenza degli ambienti esterni in cui è più probabile che siano invece gli uomini a svolgere tali atti; questo accade anche a causa del fatto che i lavori di cura e di istruzione vengono svolti principalmente da donne. I casi che hanno visto coinvolte autrici femminili tendenzialmente non hanno coinvolto un singolo episodio di abuso, ma più vittime nel corso del tempo e con più autori, di conseguenza più violenze di tipo ritualistico o costrizione alla realizzazione di atti sessuali tra minori; le donne inoltre sono risultate più inclini a commettere atti sessuali che coinvolgono la penetrazione, le minacce di utilizzo di forza fisica o l'utilizzo effettivo di forza fisica

CAPITOLO 4: AMSTERDAM SEXUAL ABUSE CASE

Uno dei fenomeni più rilevanti al mondo riguardo all'abuso sessuale in strutture day-care o asili è un caso conosciuto come "Amsterdam Sexual Abuse Case".

Il caso è stato scoperto nel 2010 in seguito ad un'investigazione svolta negli Stati Uniti riguardo a contenuti pedopornografici; successivamente il Servizio Pubblico Olandese per le Indagini Penali ha dichiarato che circa 130 bambini di età compresa tra pochi mesi e alcuni anni, la maggior parte di loro aveva infatti meno di sette anni, avevano subito abuso sessuale da parte di un dipendente di un asilo nido che inoltre lavorava anche come babysitter nelle case di alcune famiglie. Attualmente l'Amsterdam Sexual Abuse Case è il più grande caso di violenza sessuale confermato giuridicamente che vede coinvolto un solo colpevole e un numero elevato di vittime di minore età di sesso maschile, tra le quali la più piccola era un bambino di 19 giorni; ciò che ha permesso di scoprire il caso è stata appunto la quantità di materiale pedopornografico realizzato, utilizzato anche per riconoscere i bambini coinvolti, e la grande quantità di prove contro l'abusatore. Il dipendente si è dichiarato colpevole per solo per l'abuso di 87 bambini nonostante si stima che le vittime siano di più, ma è stato condannato solo per 67 di questi in quanto 20 famiglie hanno deciso di non sporgere denuncia.

Questo avvenimento a causa della sua importanza è al centro di studi longitudinali per comprendere e controllare gli effetti dell'abuso sessuale nei soggetti che l'hanno subito, a livello fisico, ma soprattutto psicologico.

4.1. La valutazione dei bambini in ospedale

Dopo la scoperta del caso, presso l'ospedale Emma Children's Hospital dell'Academic Medical Center (AMC) di Amsterdam è stato istituito un reparto di emergenza per esaminare i bambini che

si presentavano in ambulatorio per una valutazione e potevano essere coinvolti. Al momento dell'inizio delle valutazioni, il caso era appena stato scoperto e l'abusatore era ancora sotto processo, di conseguenza i bambini venivano distinti in due categorie: forte sospetto di abuso sessuale, in cui rientravano i bambini che frequentavano attualmente o avevano frequentato in passato un asilo nido in cui l'uomo lavorava e quelli per i quali aveva lavorato a casa come babysitter, e casi di violenza sessuale confermata, in cui rientravano invece i bambini per i quali l'abusatore aveva confessato e confermato il fatto e quelli riconosciuti nelle immagini pedopornografiche decrittografate dalla polizia. In ogni caso i soggetti sono stati valutati come un unico gruppo, perché la probabilità di abuso era sempre molto alta e anche se non avessero subito loro stessi in prima persona la violenza, avrebbero potuto assistere all'atto svolto sui fratelli o su altri bambini. La valutazione è stata svolta da squadre multidisciplinari sempre composte da un pediatra, un assistente sociale ed uno specialista del comportamento infantile. I pediatri svolgevano un'intervista medica semi-strutturata con genitori e bambini e una visita medica specifica, sotto l'osservazione dello specialista che osservava i comportamenti dei bambini; successivamente se il grado di sviluppo linguistico del bambino e la famiglia lo permettevano, i bambini venivano anche valutati privatamente.

4.2. Studio longitudinale

A causa della rilevanza del caso e della grande disponibilità di dati raccolti dall'ospedale e dalle interviste alle vittime, Lindauer et. Al. nel 2014 hanno svolto uno studio longitudinale per indagare i sintomi psicosociali e le conseguenze psicologiche dell'Amsterdam Sexual Abuse Case nei bambini e nei genitori coinvolti; attualmente questo è il più grande studio svolto sul caso.

La ricerca vuole indagare quale sia il percorso a lungo termine per i bambini abusati in età molto giovane e come cambino i loro sintomi e quelli dei genitori nel tempo dopo la scoperta.

I dati sono stati raccolti in cinque diversi momenti tra il 2013 e il 2018; per iniziare lo svolgimento della ricerca i genitori sono stati incontrati presso l'Amsterdam University Medical Center, il Public Health Center Amsterdam o le loro abitazioni, dopodiché hanno dovuto svolgere questionari online o a casa. Dopo ogni momento di raccolta dati e informazioni, i professionisti procedevano a fornire un resoconto individuale e parziale dei risultati, con anche alcune specifiche riguardo alcuni comportamenti particolarmente preoccupanti del minore. In qualsiasi momento i genitori potevano modificare o ritirare il loro consenso alla partecipazione allo studio, ma ciò si è verificato soltanto in sette casi in totale.

4.2.1. Assesment e sintomi psicosociali

In un primo momento sono stati analizzati i sintomi psicosociali presentati nei file medici attraverso un'analisi qualitativa in modo da poter preservare e comprendere meglio le opinioni dei professionisti che avevano analizzato i minori, senza però comunicare a chi doveva svolgere questo compito quali fossero i casi di violenza sessuale accertata. Questi dati rappresentano il primissimo momento dell'indagine, chiamato "t0" nelle ricerche, al quale seguiranno ulteriori momenti di valutazione.

Inizialmente è stata svolta un'analisi dell'interpretazione dei sintomi a partire dal contenuto dei file medici svolta da un gruppo di esperti, il quale era formato da due specialisti del comportamento, due pediatri e uno psichiatra infantile. Per due mesi i professionisti hanno analizzato individualmente i casi valutando gli esami fisici e i sintomi fisici e psicologici su una scala da 1 a 4 e individuando diversi raggruppamenti per i casi; la valutazione avveniva attraverso un form standardizzato online e il caso veniva assegnato a un determinato gruppo solo in caso di unanimità tra gli specialisti. Quando questo non succedeva, il caso veniva discusso dagli stessi durante una discussione in focus group insieme all'aiuto di un ricercatore specializzato in ricerche qualitative; ciò risultava molto utile al fine di comprendere perché certi sintomi fossero considerati più rilevanti

o significativi di altri e per stabilire quali fattori devono essere sempre tenuti in considerazione durante l'assessment delle vittime.

La valutazione dei sintomi permetteva quindi di creare quattro categorie di analisi ulteriore del sintomo: 1, non preoccupante o leggermente preoccupante, (*not-worrisome – somewhat worrisome*); 2, leggermente preoccupante o preoccupante (*somewhat worrisome – worrisome*); 3, preoccupante o molto preoccupante (*worrisome – very worrisome*); 4, molto preoccupante (*very worrisome*).

Dalle analisi sono emersi quattro principali gruppi di sintomi. Innanzitutto, emozionali, come ansia e attacchi di panico, disturbi del pianto, problemi di gestione della rabbia, depressione, ridotte capacità di resilienza e fluttuazioni dell'umore; l'ansia in particolare poteva essere sia generalizzata, che collegata alla paura dell'abusatore o altri stimoli spaventosi ad esempio durante il sonno. Sono stati rilevanti anche problemi di comportamento nell'ambito del sonno, dell'alimentazione, dell'attaccamento e delle relazioni interpersonali; altri comportamenti sintomatici sono stati rilevati nel controllo sfinterico e le attività svolte con le proprie feci, ad esempio da un bambino venivano sparse abitualmente nel letto, ma anche per altre pratiche come poteva essere la semplice misurazione della temperatura corporea con un termometro. Un ulteriore gruppo di sintomi è quello dei problemi di sviluppo, dove si evidenziano problemi di incontinenza, linguistici, motori e di sviluppo del comportamento; questo gruppo di sintomi consiste principalmente in regressioni che si sono verificate nei bambini che dimostrano appunto problemi nell'avanzamento dello sviluppo. In tutte le categorie già citate, quindi sintomi emozionali, del comportamento e dello sviluppo, rientra la quarta tipologia di sintomo, ovvero le problematiche legate all'apprendimento del controllo sfinterico e dell'uso del vasino o del bagno.

Dopo tutte le analisi, sono stati quindi dichiarati i casi appartenenti ad ogni gruppo e anche quanti di questi casi fossero effettivamente vittime di abuso.

Al primo gruppo, non preoccupante o poco preoccupante, vennero assegnati 42 bambini di 2.9 anni di media, dei quali 24 erano vittime confermate; in tutti i fascicoli erano presenti le quattro tipologie di sintomo psicosociale, ma i problemi erano pochi o comunque facilmente associabili all'età e allo stadio di sviluppo del bambino.

Al secondo gruppo, da poco preoccupante a preoccupante, sono stati assegnati 33 bambini di 2.9 anni di età media, dei quali 23 erano vittime confermate; anche in questo caso le quattro tipologie di sintomi erano presenti in tutti i casi, ma erano presenti più problematiche per ogni bambino e sembravano essere anche più gravi rispetto al gruppo precedente, ma in molti casi sempre spiegabili dallo stadio di sviluppo o da altre cause.

Al gruppo categorizzato come preoccupante o molto preoccupante, vennero assegnati 44 bambini di età media di 3.9 anni, dei quali 15 erano vittime confermate; tutti i sintomi erano presenti, in modo più grave e ancora una volta in quantità maggiore rispetto al gruppo precedente, risultando molto insoliti, preoccupanti e non attribuibili agli stadi di sviluppo.

Infine, nel gruppo in cui sono stati inseriti i casi molto preoccupanti sono stati inseriti 4 casi, di cui 2 confermati; ovviamente erano presenti tutti i tipi di sintomi ad alti livelli e in grandi quantità per ogni bambino, tra cui molti specifici anche a livello fisico.

Il fatto che la valutazione degli specialisti sia per quanto riguarda i sintomi, sia nella successiva suddivisione in gruppi di diverso livello di preoccupazione e probabilità di abuso, abbiano portato a includere in ciascuna categoria sia bambini che avevano effettivamente subito violenza sessuale, sia bambini il quale caso non era invece stato confermato, dimostra che non sia possibile attualmente attribuire determinati sintomi fisici e psicosociali, soprattutto quando non eclatanti o molto specifici, a un abuso di questo tipo e può rendere il processo di diagnosi lungo nel tempo e complicato, come già spiegato nei capitoli precedenti.

4.2.2. Conseguenze del caso nei genitori e nei bambini

Trattandosi di uno studio longitudinale, sono stati somministrati molti questionari alle famiglie in diversi momenti, ma i principali tre strumenti utilizzati nella loro versione olandese sono stati:

- Children's Revised Impact of Event Scale Parent Version [CRIES-13], per la valutazione dei sintomi da disturbo da stress post-traumatico.
- Child Dissociative Checklist [CDC], per la misurazione dei sintomi di dissociazione.
- Child Behavior Checklist 1½-18 [CBCL], per determinare il livello di problemi comportamentali di internalizzazione ed esternalizzazione nei bambini.
- Impact of Event Scale-Revised [IES-R], utilizzata per determinare le conseguenze psicologiche nei genitori.
- Parent Emotional Reaction Questionnaire [PERQ], utilizzata per valutare le reazioni emotive negative dei genitori riguardo all'abuso subito dai figli; queste vengono a loro volta suddivise in stress, vergogna e senso di colpa.

Inoltre, sono stati raccolti anche i dati riguardanti il supporto psicologico ricevuto dai genitori e dai bambini, sia nei casi di semplice assistenza psicologica, sia nei casi di veri e propri trattamenti. È stata quindi eseguita una categorizzazione in forma leggera, forma moderata o forma intensa di supporto psicologico. Per determinare la categoria di appartenenza, i professionisti attraverso un sistema online sicuro hanno inserito il loro esito basandosi su sulla combinazione di giudizio clinico, frequenza del trattamento e livello di cura. Durante i cinque periodi di valutazione, il 71,1% dei bambini, ovvero 32, e il 66,7% dei genitori, cioè 30, hanno ricevuto una qualche forma di supporto psicologico. Nel 33,3% dei casi, ovvero 10, il supporto psicologico ha coinvolto entrambi i genitori, in 15 casi è stato fornito supporto individuale alla madre, e in 5 casi al padre.

Dopo una prima analisi descrittiva, risulta che il 4,6% dei bambini dimostra sintomi clinici da PTSD con punteggi che sembrano fluttuare durante il tempo, mentre il 2% dei bambini mostra sintomi di dissociazione clinica con valori che inizialmente sembrano rimanere stabili e

successivamente diminuiscono. Inoltre, i punteggi clinici per i comportamenti internalizzanti risultavano essere più alti di quelli esternalizzanti.

Per quanto riguarda le analisi longitudinali dei bambini, sono stati tenuti in considerazione la gravità dell'abuso e il livello di sostegno psicologico, mentre gli anni successivi all'abuso sono stati utilizzati come parametro temporale, invece di utilizzare solo i momenti specifici delle misurazioni; questa scelta permette di poter tenere conto delle diverse età dei bambini nel corso dello studio, evidenziare l'evoluzione delle conseguenze al di fuori del singolo momento della valutazione e permettere l'osservazione per un periodo più lungo di tempo, infatti spesso le conseguenze di eventi traumatici si mostrano a distanza di tempo dall'evento stesso.

Alla fine dello studio i dati dimostrano che sono presenti percentuali basse di PTSD e dissociazione nei bambini in ogni punto temporale indipendentemente dalla gravità dell'abuso e dal supporto psicologico, però solo nel caso della dissociazione i valori tendevano a diminuire nel corso del tempo. Il numero ridotto di bambini con questi sintomi clinici potrebbe essere spiegato dal fatto che i bambini erano troppo giovani dal punto di vista cognitivo e della memoria autobiografica da non poter ricordare l'evento accaduto. Non sono ancora disponibili dati riguardo ad un'eventuale fluttuazione dei sintomi dopo che il bambino è stato informato dei fatti.

Per quanto riguarda invece i problemi comportamentali, quasi un quarto dei bambini ha dimostrato problemi comportamentali di internalizzazione, mentre il 15% di esternalizzazione. Purtroppo, riguardo ai comportamenti internalizzanti ed esternalizzanti rilevanti a livello clinico non esistono studi sufficienti per effettuare confronti o confermare ipotesi, ma si presume che questi siano il modo principale in cui si manifestano i traumi preverbal, piuttosto che attraverso sintomi traumatici.

Nel caso dei genitori il 26,7% ha mostrato almeno una volta sintomi da disturbo post-traumatico da stress in uno o più momenti. Per lo studio longitudinale è stato scelto di studiare gli esiti nei punti temporali al posto dell'evoluzione negli anni dopo l'abuso; infatti, il momento cruciale per loro è

stato quello della rivelazione. I genitori hanno mostrato punteggi tendenzialmente fluttuanti, ma sempre presenti di sintomi da disturbo post-traumatico da stress, a differenza delle reazioni emozionali negative, come rabbia, sentimento di colpa e vergogna, che con il tempo sono invece diminuite. La spiegazione di ciò potrebbe essere nel fatto che le emozioni negative vengono provate subito in seguito all'evento angosciante, mentre il PTSD è un vero e proprio disturbo che causa sintomi più pervasivi, probabilmente mantenuti anche dalle procedure giuridiche e l'esposizione mediatica, che hanno sottoposto i genitori a continuo stress.

4.2.3. Conclusioni sullo studio

Lo studio ha diversi punti di forza e di debolezza.

Tra i lati positivi troviamo il fatto che è uno studio longitudinale e può quindi fornire una panoramica dello sviluppo dei sintomi fino ad otto anni dopo all'avvenimento; risulta quindi differente da altri studi che invece adottano un approccio più istantaneo. Un altro punto di forza risiede nel fatto che vi è assenza di effetti confondenti nello studio di abuso extrafamiliare, infatti il gruppo è omogeneo, di età compresa tra gli 0 e i 3 anni, l'abusatore è uno e vi sono prove giuridiche e una documentazione dettagliata dell'abuso sessuale. I ricercatori sono stati molto attenti a curare con i genitori gli aspetti di legame, flessibilità e ascolto, privacy, sicurezza e restituzione dei dati al fine di evitare anche l'abbandono dello studio, dato che fortunatamente è stato rimasto basso, anche perché non sarebbe stato possibile reclutare altri soggetti a causa della specificità del caso.

Questa specificità però comporta anche dei lati negativi, infatti il gruppo di partecipanti è relativamente piccolo, di conseguenza è stato necessario scegliere con attenzione determinati strumenti e metodi per poter trarre conclusioni affidabili e statisticamente rilevanti; in particolare nel caso del CRIES, non era disponibile una versione adatta per i bambini di età inferiore agli 8 anni, di conseguenza i dati di questo test sono da trattare con molta attenzione. Inoltre, le valutazioni psicologiche sono state fornite dai genitori, di conseguenza alcuni comportamenti

potrebbero non essere stati rilevati, oppure essere influenzati dalle loro percezioni. infine, non è stato esaminato un gruppo di controllo.

In conclusione, lo studio dimostra l'importanza del monitoraggio a lungo termine dei bambini e dei genitori che subiscono un trauma di questa tipologia, infatti, nonostante il supporto psicologico, questi dopo otto anni ancora mostrano sintomi clinici di diverso tipo; per questo motivo è necessario che i professionisti siano informati e prestino maggiore attenzione sia ai sintomi traumatici, che a quelli più atipici che la persona può presentare.

CAPITOLO 5: CONSEGUENZE IN ETÀ ADULTA

Le conseguenze in età adulta degli abusi sessuali subiti durante l'infanzia non sono omogenee tra loro e soprattutto variano molto in base al soggetto e al tipo di abuso subito. La letteratura esistente dimostra che questi eventi sono collegati con comportamenti ipersessuali o iposessuali, oltre a insoddisfazione, disagio, ansia sessuale e altri aspetti mentali ed emotivi negativi. L'ipossessualità è caratterizzata da una risposta sessuale costantemente inibita con presenza di disturbi dell'eccitazione, dell'orgasmo e del desiderio e basso funzionamento sessuale; al contrario, l'ipersessualità provoca invece pensieri e fantasie intrusivi legati al sesso, incapacità di controllare la propria sessualità e comportamenti sessuali rischiosi ed eccessivi. Attualmente le teorie del trauma considerano un collegamento tra i diversi aspetti degli abusi e le diverse reazioni traumatiche come la causa dell'associazione tra la violenza sessuale infantile e le disfunzioni sessuali, i comportamenti sessuali compulsivi e gli aspetti emotivi e mentali che sono implicati nell'attività.

Il trauma sembra essere riflesso nel corpo e il ricordo dell'evento è immagazzinato nel sistema somato-sensoriale sottoforma di ricordi impliciti ed emozioni spiacevoli quando la persona, ad esempio, ha un contatto fisico, di conseguenza avviene la manifestazione attraverso la disfunzione e l'incapacità di provare piacere sessuale. Altri pensatori invece, sostengono che per spiegare gli esiti psicologici negativi dell'abuso in età adulta debbano essere considerate le sue quattro dinamiche traumageniche, ovvero tradimento, impotenza, stigmatizzazione e sessualizzazione, le quali possono danneggiare le capacità e la volontà della vittima di intraprendere relazioni intime e sessuali. Nonostante molti sintomi possano essere simili a quelli di soggetti che non hanno mai subito un abuso, questi si sviluppano in modo diverso, infatti nascono da una mediazione attraverso processi cognitivi, biologici ed emotivi legati al trauma specifico e il fatto di aver subito tale trauma potrebbe essere l'unica motivazione per la quale il sintomo si mantiene.

Oggi la maggior parte degli studi che indagano l'associazione tra i problemi in età adulta e l'abuso sessuale infantile inoltre si basano sui criteri diagnostici del Disturbo Post Traumatico da Stress, attivazione del sistema nervoso simpatico e dissociazione; ciò che ci si aspetta è quindi che tali sintomi si manifestino durante l'attività sessuale dei sopravvissuti, attraverso intrusioni, evitamento, alterazioni nella cognizione e nell'umore e sintomi di iperattivazione, influenzando in questo modo le loro cognizioni legate al sesso, il loro concetto sessuale di sé, le loro esperienze dissociative durante il sesso, e i loro sentimenti, in particolare colpa e vergogna.

5.1. I profili dei sopravvissuti

Gli studi attuali si concentrano in generale sul periodo infantile, non solo sulla primissima infanzia come trattato durante questo elaborato, ciononostante ho trovato lo studio di Guyon R. et al. abbastanza completo al fine di comprendere come possa svilupparsi la sessualità adulta in seguito ad un evento traumatico come l'abuso sessuale.

Tale studio aveva l'obiettivo di individuare e identificare profili distinti dei soggetti che avevano subito abuso in base al loro autoconcetto sessuale attraverso diversi questionari e successivamente di compararli in base alle caratteristiche dell'abuso, il genere, l'età attuale e il funzionamento sessuale; hanno partecipato 175 soggetti tra maschi e femmine di età compresa tra 18 e 70 anni che avevano subito un qualsiasi atto sessuale quando avevano un'età inferiore ai 16 anni con una persona più grande di almeno cinque anni o in una posizione di autorità.

I questionari comprendevano item riguardo i seguenti argomenti: caratteristiche dell'abuso sessuale infantile subito, eventuali abusi successivi in età adulta, autoconcetto sessuale, soddisfazione sessuale, disturbi e problemi nella sessualità e compulsività sessuale

Da questo studio sono emersi tre profili distinti dei soggetti, ovvero *“sicuri e non preoccupati”*, *“umiliati e depressi”* e *“iper-sicuri e preoccupati”*. Il primo profilo è caratterizzato da una buona

autostima sessuale e dal punteggio più basso di preoccupazione e compulsione sessuale e di partner sessuali nell'arco della vita; la maggior parte dei componenti di questo gruppo è di sesso femminile. Il secondo profilo invece è caratterizzato dal più basso punteggio di autostima sessuale e dal più alto di depressione sessuale, per quanto riguarda i punteggi di preoccupazione sessuale si colloca sotto al terzo profilo; i soggetti di questo gruppo sono principalmente maschi e hanno intrapreso il primo rapporto sessuale più tardi rispetto agli altri, presentano inoltre il maggior numero di disturbi e disfunzioni sessuali. Infine, l'ultimo profilo possiede i più alti punteggi di autostima e preoccupazione sessuale, ma anche di soddisfazione e compulsione sessuale; i soggetti si dividono abbastanza in modo equo tra maschi e femmine e sono coloro che hanno avuto il maggior numero di partner sessuali.

Questo studio dimostra quindi che nonostante l'evento traumatico comune, esistono diverse modalità attraverso le quali il soggetto elabora e reagisce con il tempo l'abuso subito e questo chiaramente comporta conseguenze psicologiche e disturbi di vario tipo come analizzato in precedenza, ma anche nel comportamento sessuale e nel concetto di sé come partner sessuali, nella propria sicurezza con l'altro e riguardo anche a soddisfazione e autostima.

CONCLUSIONI

In questo elaborato ho cercato di trattare ogni aspetto che potesse riguardare un evento traumatico come l'abuso sessuale in primissima età infantile e soprattutto in un contesto ristretto come quello scolastico.

Durante la ricerca degli articoli scientifici, mi sono resa conto di quanto si debba dare importanza alla ricerca in questo ambito e soprattutto a diversi aspetti più specifici, al fine di riuscire ad avere progressivamente una conoscenza maggiore di come individuare, aiutare e trattare con le persone che hanno subito tale evento traumatico.

Personalmente ho avuto qualche difficoltà a trovare articoli specifici per l'età che ho considerato e soprattutto riguardo all'ambito scolastico, ma fortunatamente ho notato che quelli che ho inserito erano piuttosto recenti, di conseguenza spero e credo che si stiano effettuando e attuando ricerche in questa direzione. Penso che spesso probabilmente, come analizzato anche nell'elaborato, la causa di tale "mancanza" di argomenti più specifici possa essere dovuta alla mancanza di casi accertati o all'età molto piccola dei casi presenti, il che può rendere difficile l'interazione con il soggetto.

Non ero a conoscenza prima di iniziare le ricerche dell'Amsterdam Sexual Abuse Case, ma è stata la motivazione per la quale ho scelto questo argomento per il mio elaborato. Anche confrontandomi con altre persone, non ho trovato nessuno che fosse a conoscenza di quanto accaduto, il che mi ha dato un'ulteriore motivazione per affrontare il tema specifico ed il caso; inoltre essendo un caso molto recente e molto particolare per tutta una serie di motivazioni, trovo che sia un ottimo esempio da analizzare per un elaborato di questo tipo e che possa sicuramente essere molto utile alla ricerca scientifica per studi futuri o la continuazione degli studi longitudinali già svolti.

Infine, purtroppo non sono riuscita a trovare un articolo particolarmente specifico per quanto riguardasse l'età adulta, infatti tutti gli articoli che ho trovato, riguardavano diverse tipologie di

abusi sessuali, ad esempio commesse da conoscenti o non conoscenti, parenti o amici e soprattutto l'età trattata era sempre dagli 0 ai 18 anni, di conseguenza la popolazione analizzata risultava essere meno adatta di quanto mi servisse. In ogni caso trovo che questo sia un buon punto di partenza per una prima analisi e distinzione, ma nuovamente spero che andando avanti con il tempo possa essere possibile svolgere ricerche sempre più specifiche e particolareggiate, anche e soprattutto al fine di poter aiutare gli specialisti del settore nel trattamento ed aiutare tutti coloro che sono vittime di abuso sessuale.

BIBLIOGRAFIA

[https://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/07/Maltrattamento-e-abuso-allinfanzia.-](https://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/07/Maltrattamento-e-abuso-allinfanzia.-Indicazioni-e-raccomandazioni_luglio.pdf)

[Indicazioni-e-raccomandazioni_luglio.pdf](https://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/07/Maltrattamento-e-abuso-allinfanzia.-Indicazioni-e-raccomandazioni_luglio.pdf)

<https://www.savethechildren.it/blog-notizie/maltrattamento-infantile-quali-sono-le-forme-di-violenza>

<https://www.unicef.it/diritti-bambini-italia/violenza-abusi/>

<https://famiglia.governo.it/media/1569/manuale-114-emergenza-infanzia.pdf>

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf

[https://www.istitutobeck.com/abuso-minori-](https://www.istitutobeck.com/abuso-minori-trauma#INDICATORI%20FISICI%20E%20COMPORTAMENTALI%20DI%20ABUSO%20S)

[trauma#INDICATORI%20FISICI%20E%20COMPORTAMENTALI%20DI%20ABUSO%20S](https://www.istitutobeck.com/abuso-minori-trauma#INDICATORI%20FISICI%20E%20COMPORTAMENTALI%20DI%20ABUSO%20S)
[ESSUALE](https://www.istitutobeck.com/abuso-minori-trauma#INDICATORI%20FISICI%20E%20COMPORTAMENTALI%20DI%20ABUSO%20S)

<http://www.adir.unifi.it/rivista/2003/fantoni/cap2.htm>

<https://www.poliziadistato.it/statics/28/elaborato-minorenni-vittime-di-abusi.pdf>

Vrolijk-Bosschaart, T. F., Brilleslijper-Kater, S. N., Benninga, M. A., Lindauer, R. J. L., & Teeuw, A. H. (2018). Clinical practice: recognizing child sexual abuse-what makes it so difficult?. *European journal of pediatrics*, 177(9), 1343–1350. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3193-z>

Lindauer, R. J., Brilleslijper-Kater, S. N., Diehle, J., Verlinden, E., Teeuw, A. H., Middeldorp, C. M., Tuinebreijer, W., Bosschaart, T. F., van Duin, E., & Verhoeff, A. (2014). The Amsterdam Sexual Abuse Case (ASAC)-study in day care centers: longitudinal effects of sexual abuse on infants and very young children and their parents, and the consequences of the persistence of

abusive images on the internet. *BMC psychiatry*, 14, 295. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0295-7>

Tsang, V.M.W., Verlinden, E., van Duin, E.M. *et al.* The Amsterdam Sexual Abuse Case: What Scars did it Leave? Long-Term Course of Psychological Problems for Children Who have been Sexually Abused at a Very Young Age, and their Parents. *Child Psychiatry Hum Dev* 52, 891–902 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01067-5>

Guyon, R., Fernet, M., Canivet, C., Tardif, M., & Godbout, N. (2020). Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child abuse & neglect*, 104, 104481. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104481>