

## Rassegne

# Abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni: un'inguaribile ferita?

## *Child sexual abuse: an irremediable hurt?*

ESTER DI GIACOMO<sup>1,2</sup>, ALBERTO ALAMIA<sup>1</sup>, FEDERICA CICOLARI<sup>1</sup>, VALENTINA CIMOLAI<sup>1</sup>,  
MASSIMO CLERICI<sup>1,2</sup>

E-mail: ester.digiacomo@yahoo.com

<sup>1</sup>Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, DNTB, Università di Milano-Bicocca, Milano

<sup>2</sup>DSM, Azienda Ospedale S. Gerardo di Monza (MB)

**RIASSUNTO.** Scopo di questa revisione è stato attestare lo stato dell'arte in merito all'abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni e alle conseguenze fisiche e psichiche di tale fenomeno. Dall'analisi della letteratura basata sull'evidenza reperita nei database PubMed, Embase, Medline, PsychINFO è stato esaminato in maniera capillare quanto pubblicato negli ultimi 5 anni, ma senza trascurare pubblicazioni precedenti ritenute indispensabili alla trattazione per validità scientifica (accuratezza metodologica, casistica reclutata). L'abuso sessuale infantile risulta ubiquitario sia per ciò che attiene al genere sia per le condizioni socio-economiche delle vittime. Le importanti conseguenze ricollegabili a quanto subito – immediate o con insorgenza in adolescenza ed età adulta, e mediate dall'età e dal sostegno familiare fornito nell'elaborazione del trauma così come dalla frequenza dell'abuso o dalla conoscenza dell'abusatore, appaiono di tale entità – sia a livello psichico che fisico – e declinabili in plurime manifestazioni, che risulta impossibile non sollecitare una più puntuale attenzione a segnali d'allarme riguardo a una possibile violenza subita da un minore. Vengono sottolineate alcune conseguenze per cui l'abuso sessuale in età infantile è considerato un fattore di rischio particolarmente rilevante (es. il disturbo post-traumatico da stress) e mediatore del favorire la perpetuazione del fenomeno sia a breve che lungo termine. La scarsa preparazione delle diverse figure professionali che entrano ogni giorno in contatto con il minore (pediatri, insegnanti) così come le ridotte risorse di cura attualmente esplorate pongono l'accento sulla necessità preventiva (e di approfondimento diagnostico-terapeutico) e di intervento precoce.

**PAROLE CHIAVE:** abuso sessuale infantile, disturbo post-traumatico da stress, trauma, pedofilia.

**SUMMARY.** The aim of this review was to provide the state of art of child sexual abuse and its psychophysical consequences. We assessed the evidence-based literature derived from PubMed, Embase, Medline, PsychINFO databases, including a thorough analysis of what has been published in the last 5 years, not neglecting previous publications essential to the argument for their scientific validity (methodological accuracy, recruited survey). Child sexual abuse is ubiquitous both regarding victims' gender and socio-economic conditions. The important consequences linked to what they suffered – either immediately or with adolescent or adult onset – are mediated by age and family support to trauma reprocessing as well as by the frequency of repetition of the abuse or familiarity with the abuser. These factors appear to be of primary importance – both at a physical and psychic level – and may be expressed in multiple manifestations, hence it is of utmost importance to pay timely attention to possible alarm signals revealing suspected abuse suffered by any underage person. Special emphasis is addressed towards some of the consequences for which child sexual abuse is considered to be a primary cause (e.g. post-traumatic stress disorder) and the perpetuation of such abuse, both short-term as well as long-term. Poor training, regarding this field, of various professionals (pediatricians, teachers, etc.) who each day work with minors, as well as the paucity of available treatment options point to an urgent need for prevention (including in-depth diagnosis/therapy) and early intervention.

**KEY WORDS:** child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, trauma, pedophilia.

## INTRODUZIONE

La tematica dell'abuso sessuale ha assunto, negli ultimi anni, un'importanza e una "dignità" crescente sia per l'ampio rilievo offerto dai mass media ai fatti di

cronaca inerenti al fenomeno sia perché, in conseguenza di questa maggiore "libertà" di affrontare un argomento tanto delicato e privato, si è assistito ad un incremento delle denunce e di pari passo a uno studio più attento del fenomeno e delle sue implicazioni.

*Di Giacomo E et al.*

Nella presente trattazione, si analizzerà, in particolare, l'espressione che connota tale fenomeno in campo minorile. Così come accade per l'abuso sessuale nei confronti degli adulti, quello nei confronti dei minorenni assume connotati differenti nei due sessi e, nello specifico dell'abuso infantile, gli esiti si articolano in modo diverso anche a seconda dell'età in cui l'abuso viene subito, della ripetitività dello stesso e della familiarità con l'abusatore. Le conseguenze si esplicitano sia a livello fisico che psichico e possono essere evidenti nell'immediatezza del fatto così come a lungo termine, in particolare per l'insorgenza di disturbo post-traumatico da stress (DPTS) disturbo borderline di personalità o stati dissociativi e molteplici patologie della sfera psichica. Per attestare in modo puntuale e preciso lo stato dell'arte in merito alle conoscenze attuali del fenomeno in oggetto, abbiamo analizzato la letteratura basata sull'evidenza pubblicata nei database PubMed, Embase, Medline, PsychINFO con un criterio di inclusione temporale circoscritto agli ultimi 5 anni. Sono stati considerati inoltre lavori temporalmente precedenti, ma ritenuti importanti per la trattazione, dato il loro valore scientifico, considerando in particolare l'accuratezza metodologica e la numerosità della casistica reclutata.

In totale sono stati analizzati 205 lavori tra rassegne, capitoli di libri e linee-guida nazionali e internazionali e infine selezionati 116 lavori sulla base della metodologia scientifica utilizzata nelle ricerche, della numerosità campionaria o della peculiarità delle informazioni fornite, pur se con numerosità inferiori.

## **DEFINIZIONE DI ABUSO SESSUALE INFANTILE**

Per abuso sessuale infantile si intende qualsiasi atto compiuto con un soggetto di età <18 anni finalizzato alla gratificazione sessuale di un adulto. L'abuso sessuale non riguarda soltanto l'atto della penetrazione, ma anche i rapporti orali, anali e qualsiasi contatto fisico che coinvolga gli organi genitali e gli organi sessuali secondari. Rientrano nella definizione di abuso sessuale anche: esibire il proprio corpo nudo di fronte a un minore, obbligare un minore a guardare gli organi genitali di un adulto, mostrare a un minore materiale pornografico e sfruttare un bambino per la realizzazione di video pornografici (1,2).

## **EPIDEMIOLOGIA NEI MINORENNI**

L'abuso sessuale perpetrato a danno di minori è un fenomeno ampiamente diffuso a livello nazionale e in-

ternazionale (3-5) che coinvolge paesi europei ed extra-europei, industrializzati e non, e che – almeno apparentemente (1,6) – non sembra essere influenzato da fattori culturali e dal livello socio-economico delle singole nazioni.

Nonostante non rappresenti una realtà isolata, il fenomeno ha attratto l'attenzione mediatica e dei ricercatori solo nell'ultimo decennio (6). L'evidenza delle conseguenze fisiche e psicologiche dell'abuso sessuale, a breve e lungo termine, ha portato infatti i ricercatori di tutto il mondo a intensificare gli studi per meglio analizzare, comprendere e intervenire sia precocemente che in senso preventivo. Gli studi epidemiologici a disposizione sono per la maggior parte retrospettivi (1): la casistica viene ottenuta facendo riferimento al numero di segnalazioni e denunce effettuate da ospedali e destinate ai servizi sociali e ai tribunali, oppure mediante l'utilizzo di questionari auto-somministrati proposti a popolazioni selezionate di soggetti di età >18 anni (6). L'utilizzo di questionari auto-somministrati risulta una delle modalità più diffuse, ma è purtroppo gravata da numerosi bias esitanti principalmente in un numero eccessivo di falsi negativi; può verificarsi, infatti, una percezione distorta di un fatto accaduto molti anni prima, piuttosto che una re-interpretazione dell'esperienza dell'abuso subito o, ancora, una completa amnesia nei confronti dello stesso dovuta a un fenomeno dissociativo (6). Infine, il soggetto può non rispondere sinceramente al questionario per volontà personale, oppure per cooperare con richieste di segretezza da parte dell'autore della violenza (2,7). La prevalenza dell'abuso sessuale infantile in soggetti di sesso maschile potrebbe essere ulteriormente sottostimata in quanto questi ultimi, non raramente, manifestano il timore di apparire deboli raccontando l'esperienza dell'abuso subito; per questo tendono, in misura statisticamente maggiore delle vittime di sesso femminile, a negare eventuali abusi durante l'infanzia (6), rendendo, di conseguenza, le analisi epidemiologiche meno attendibili.

I bambini molto piccoli, o affetti da disabilità intellettive, possono non possedere capacità comunicative da permettere di riferire un evento tanto grave o da poterne descrivere i dettagli (2). Inoltre, un bambino molto piccolo può non essere in grado di riconoscere una violenza sessuale come un atto improprio, soprattutto se l'autore della violenza è una donna (2,8,9). La ricerca di Finkelhor (10), che analizza l'epidemiologia dell'abuso sessuale sui minori in 21 paesi nel periodo compreso tra il 1970 e il 1990, evidenzia come – su scala internazionale – il 7-36% delle donne e il 3-29% degli uomini sia stato vittima di abusi sessuali in età infantile.

Numerose sono le evidenze di una maggiore vulne-

*Abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni: un'inguaribile ferita?*

rabilità del sesso femminile nei confronti delle violenze sessuali rispetto a quello maschile (il rapporto femmine/maschi è di 1,5-3/1) (10). Infatti, sempre su scala internazionale, il tasso medio di prevalenza degli abusi sessuali sui maschi si mantiene al di sotto del 10%, mentre per le femmine è pari al 10-20%, come confermato dalla maggior parte degli studi analizzati (1,6,10).

Tra la popolazione adulta, la prevalenza di soggetti che hanno subito abusi sessuali in età infantile raggiunge – nella popolazione femminile – i valori più elevati (30-40%) in Australia, Costa Rica, Israele, Sudafrica e Tanzania. Per quanto riguarda la popolazione maschile, la prevalenza raggiunge i valori più elevati (20-60%) in Giordania, Sudafrica, Tanzania e Turchia. È importante rilevare come tassi di prevalenza superiori al 20% siano riscontrati non solo nei paesi non industrializzati: questo a conferma del fatto che il fenomeno degli abusi sessuali sui minori sembra non essere legato a fattori di carattere culturale o socio-economico (1,6). La nazione il cui tasso di prevalenza in termini di abuso sessuale infantile detiene i valori più elevati, sia per le donne che per gli uomini, è il Sudafrica. Possibili spiegazioni in grado di contribuire alla comprensione delle cause sono: il turismo sessuale; credenze locali che vedono nel rapporto sessuale con donne vergini o ragazze molto giovani un rimedio curativo per l'infezione da HIV e per altre malattie a trasmissione sessuale; una situazione di estrema povertà che, da un lato, incoraggia le femmine a prostituirsi e, dall'altro, spinge i genitori a supportare questa decisione; e infine, un contesto culturale locale che considera la donna inferiore all'uomo, contribuendo a favorire molteplici forme di abuso senza discriminazioni riguardo all'età (6).

Nonostante appaia piuttosto difficile (11), in Italia, monitorare l'epidemiologia del fenomeno degli abusi sessuali sui minori, dai dati pubblicati e derivanti principalmente da rilievi ISTAT (risalenti agli anni '90) si evidenzia come il delitto che presenta la percentuale più elevata di vittime minorenni – rispetto al totale delle vittime – sia proprio la violenza sessuale. I minori vittime di abusi sessuali rappresentano, infatti, il 48,9% del totale delle vittime (12). Inoltre, tra le vittime di abusi sessuali di sesso maschile, la percentuale di minorenni – rispetto al totale delle vittime – è più alta di quella delle vittime di sesso femminile (70,7 vs 45%) (12). Particolarmente ingente risulta, per i maschi, anche la percentuale di vittime con meno di 14 anni (rappresentante il 47,4% del totale delle vittime, rispetto al 27,7% del totale per le vittime di sesso femminile) (12).

La spiegazione più probabile che motiva le difficoltà di monitoraggio del fenomeno nel nostro Paese risulta il fatto che pochi professionisti – tra medici di

medicina generale, pediatri e ginecologi – sono adeguatamente formati nel ricercare e nell'interpretare i segni più o meno manifesti sul corpo della vittima, così come ad analizzare e interpretare certe manifestazioni caratteriali o di disagio come derivanti da un eventuale abuso sessuale (11).

Per fornire solo un breve accenno rispetto alla realtà italiana, un contributo del 2007 (11) mostra come Milano – con una popolazione di circa 1,3 milioni di abitanti – sia la città italiana con il più alto tasso di crimini sessuali. Tale tasso sembra, peraltro, mantenersi in linea con quello della maggior parte delle città europee.

## **IMPLICAZIONI FISICHE SUI MINORI**

L'abuso sessuale infantile è un evento non infrequente nella vita dei bambini e, come già accennato, può portare a severe conseguenze fisiche e psicologiche (comportamentali, relazionali e relative alla sfera sessuale), a breve e a lungo termine (13-17). Rappresenta, inoltre, un importante fattore di rischio per lo sviluppo, in età adolescenziale-adulta, di patologie psichiatriche (18) e, spesso in conseguenza di tali patologie, per l'adozione di stili di vita a rischio (prostituzione, promiscuità sessuale e abuso di sostanze) (19).

Nonostante queste evidenze, alcune vittime riescono a superare l'abuso subito e a raggiungere un buon livello di funzionamento globale, in età adulta, sul piano psicologico, sociale e lavorativo (18,19).

Un dato particolarmente interessante consiste nel fatto che confrontando le caratteristiche degli autori di violenze sessuali sui minori con quelle degli autori di altri tipi di violenza o di soggetti non responsabili di alcun tipo di violenza, si rileva come – tra i primi – ci sia il maggior numero di soggetti vittime, a loro volta, di abusi sessuali in età infantile (16).

## **Implicazioni a lungo termine**

I soggetti adulti, vittime di abusi sessuali in età minorile, mostrano complessivamente un carico assistenziale maggiore rispetto a coetanei che non hanno subito alcuna violenza (19). Numerosi lavori evidenziano, inoltre, come l'abuso sessuale subito in età infantile sia associato allo sviluppo – in età adulta – di numerose patologie fisiche che interessano molteplici organi e apparati (20):

- *apparato genitale femminile/maschile*: si riscontra una forte associazione tra abuso sessuale subito in età infantile e successivo sviluppo di dolore pelvico

Di Giacomo E et al.

cronico nei soggetti di sesso femminile (16,19,21,22). Non di univoca interpretazione l'associazione con dismenorrea (19,23). Tra i bambini valutati per possibile o certa violenza sessuale, l'infezione genitale da *herpes simplex virus* tipo I (HSV-I) è stata raramente riscontrata; tra i bambini infetti da HSV-I, la trasmissione sessuale riguarda poco più della metà dei casi (16,24). Altri lavori dimostrano, invece, come i soggetti adulti vittime di abuso sessuale in età infantile siano a maggior rischio di sviluppare patologie a trasmissione sessuale rispetto a coloro che non hanno subito alcuna violenza (19,22). Le vittime sembrerebbero, inoltre, più propense a impegnarsi – in età adulta – in rapporti sessuali non protetti (16,25), aumentando il rischio di contrarre patologie a trasmissione sessuale (19,26), tra cui l'infezione da HIV (27,28). Tra gli adulti vittime di abusi sessuali in età infantile, i soggetti omosessuali e bisessuali hanno elevati tassi di sieropositività e sarebbero anch'essi più propensi, rispetto alla popolazione generale, a impegnarsi in rapporti sessuali non protetti (19,28). Fra le donne che richiedono un intervento farmacologico per il trattamento della sindrome premestruale, la percentuale di soggetti vittime in età infantile di abuso sessuale sembrerebbe statisticamente più elevata (19,29). Infine, le donne vittime di abuso sessuale durante l'infanzia presentano – in gravidanza – un minor accesso volontario alle cure pre- e post-natali, rischiando quindi di influenzare negativamente l'andamento della gravidanza stessa, l'andamento e l'esito del parto (19,30);

- *apparato osteo-muscolare*: l'abuso sessuale subito in età infantile è associato a una maggior incidenza – in età adulta – di dolori muscolari diffusi, debolezza muscolare cronica (31), lombalgia cronica e scarsamente responsiva al trattamento farmacologico (19,32). Dalla letteratura (33) si evince come il 57% dei pazienti affetti da fibromialgia riportino in anamnesi un abuso sessuale subito in età infantile. L'associazione si presenta particolarmente stretta in quei pazienti affetti da fibromialgia che mostrano, in termini quantitativi, il maggior ricorso ai servizi ambulatoriali, all'utilizzo di analgesici e in cui la malattia si mostra più invalidante (19). Infine, la correlazione tra fibromialgia e abuso sessuale infantile è tanto più stretta quanto più l'abuso è violento e traumatico per la vittima (19,34);
- *apparato gastrointestinale*: tra le donne affette da sindrome del colon irritabile è stata riscontrata un'elevata incidenza (statisticamente significativa rispetto alla popolazione generale) di soggetti vittime di abusi sessuali in età infantile (19,35);
- *sistema nervoso/neuroendocrino*: l'abuso sessuale in-

fantile aumenta il rischio di sviluppare – in età adulta – frequenti episodi di cefalea ed emicrania (19); può, inoltre, influenzare il fisiologico sviluppo cerebrale (36) tanto più è precoce o associato a violenze fisiche. Le donne vittime di violenza durante l'infanzia presentano un'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (19,37). Questa iperattività porta a un aumento dei livelli sierici di cortisolo e l'ipercortisolemia, a sua volta, è associata a una marcata soppressione delle citochine infiammatorie che esita in un complessivo effetto inibitorio sul sistema immunitario. Tale stato di squilibrio, inoltre, può mediare importanti cambiamenti del carattere che si manifestano come un aumento dell'irritabilità o una propensione alla labilità emotiva. Nei casi più importanti, con una probabile interazione con un substrato personale di tipo genetico, di interazione pregressa tra un substrato genetico e uno ambientale sfavorevole (soprattutto in caso di famiglie poco accudenti), così come in caso di traumi ripetuti, questa iperattivazione può favorire l'esordio di patologie dello spettro depressivo, confusione o, persino, frange psicosi (19,26,37-39);

- *altri*: si riscontra una maggior prevalenza di sintomi quali asma (31), sinusite, tosse, febbre e crisi epilettiche o crisi psicogene (16,19).

## CONSEGUENZE PSICHICHE

Tra i soggetti vittime di abuso sessuale in età infantile si riscontra un'elevata incidenza di disturbi psicologici e di patologie psichiatriche che possono manifestarsi anche a distanza di anni dall'abuso subito (40). Gli adulti che hanno subito violenze durante l'infanzia sembrano avere un rischio raddoppiato di esordio di disturbi mentali, rispetto a coloro che non hanno subito alcun abuso (40). La presenza di stati dissociativi e l'esordio di disturbi di personalità sembrano gravare in misura maggiore rispetto a quanto si verifica in caso di vittime maggiorenti.

Le manifestazioni psichiatriche/psicologiche che presentano un'associazione con la violenza sessuale infantile comprendono:

- *disturbo borderline di personalità*: l'abuso sessuale infantile è uno dei principali fattori di rischio riconosciuti (16,19,41-45) insieme all'identificazione di legami affettivi eccessivamente coinvolgenti e "invischiati", in particolare con la figura materna;
- *stati dissociativi e disturbo dissociativo dell'identità*: minore è l'età della vittima, maggiori sono le probabilità di incorrere in questi esiti. Sostanzialmente –

*Abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni: un'inguaribile ferita?*

per cercare di sintetizzare le teorie dinamiche che cercano di collegare questi fenomeni all'abuso sessuale – si può dire che il bambino, vittima, non arriva a comprendere in modo integrato e appieno l'entità e la valenza di quanto ha subito. Si trova, pertanto, ad affrontare qualcosa di così grave contro cui non possiede difese o risorse sufficienti; l'inconscio, nel tentativo di sopravvivere al trauma stesso, si scinde, relegando dunque "l'orrore non integrabile nell'Io" a uno stato altro da Sé;

- *sintomatologia depressiva e scarsa autostima* (16,17,19,31,42-49): i disturbi dell'umore annoverano, tra le molte ipotesi eziologiche, sia fattori di tipo biologico/genetico che sociale. Pur essendo più evidente una trasmissione di tipo ereditario per i disturbi dello spettro bipolare, anche per la depressione unipolare si può evidenziare una probabilità del 10-13% di disturbo analogo nei figli di un soggetto depresso. Dal punto di vista biologico, invece, i dati di letteratura in merito all'eziologia depressiva confermano quanto sopra affermato rispetto agli effetti della cortisolemia. Sembrerebbe infatti evidenziabile, nei soggetti affetti da depressione maggiore, un'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, dato confermato dalla mancata soppressione al desametasone nel test specifico (50). Per quanto riguarda invece l'argomento in oggetto quale possibile fattore di rischio, si evidenzia in numerosi studi che i soggetti vittime di abusi sessuali in età infantile manifestano una maggiore insoddisfazione, rispetto alla popolazione generale, nei riguardi del proprio funzionamento globale, ritenuto inferiore alle proprie potenzialità (19,51). Alcuni autori hanno anche riscontrato come nelle vittime, in confronto a soggetti che non hanno subito alcun abuso, l'esordio del disturbo depressivo avvenga più precocemente (42), oltre all'evidenza di una maggiore familiarità per il disturbo depressivo stesso (19,49). Infine, l'esordio del disturbo depressivo durante l'infanzia sembra essere un fattore di rischio per l'obesità in età adulta (52) oltre al fatto che la sintomatologia depressiva, indipendentemente dall'età di esordio, è implicata nell'alterazione della funzione del sistema immunitario mediante un aumento della cortisolemia e della produzione di citochine (19,53);
- *DPTS*: il trauma sessuale è una delle causali più accreditate per lo sviluppo di questo grave disturbo (vedi oltre);
- *ideazione suicidaria e gesti autolesivi* (16,17,46-48,54): tra i soggetti vittime di violenza sessuale in età infantile si nota, inoltre, un tasso *lifetime* di tentati suicidi più elevato rispetto ai soggetti che non hanno subito alcuna violenza (19);

- *anomalie della condotta alimentare* (16,19,55-58): spesso associate e inquadrabili in un disturbo di personalità, ma anche come patologia a sé stante;
- *abuso di alcool e di sostanze* (16): frequente l'associazione sia con un disturbo di personalità sia con la depressione in un quadro di tentativo di autocura o di oblio di ricordi e flashback in caso di comorbidità con DPTS;
- *disfunzioni della sfera sessuale*: precoce inizio dell'attività sessuale, maggior predisposizione all'impegno in rapporti sessuali non protetti e con molteplici partner (16,17,19,48,49);
- *altri*: disturbi d'ansia, di personalità, somatoformi, disturbi psicotici (tanto più è precoce l'abuso o attuato da parte di figure di attaccamento significative). I soggetti vittime di abuso sessuale in età infantile manifestano, spesso, difficoltà e disagio nel costruire relazioni interpersonali, sensazioni di inferiorità e inadeguatezza rispetto agli altri e, statisticamente, un basso livello culturale (16,17,19,46,48,49).

## RIVITTIMIZZAZIONE

È frequente il riscontro dell'instaurarsi di un circolo vizioso in cui l'abuso dà luogo a una serie di turbe psicologiche di cui il DPTS è solo una manifestazione. Nell'inconscio si creano meccanismi, quali l'evitamento, la dissociazione, le alterazioni del comportamento sessuale, spesso affiancati dall'abuso di sostanze che, senza di per sé peggiorare il quadro clinico specifico, predispongono il soggetto ad andare incontro a nuovi eventi traumatici. Numerosi sono gli autori che evidenziano un maggior tasso di vittimizzazione fisica e/o sessuale tra adulti vittime di abusi durante l'infanzia rispetto a soggetti che non hanno subito alcuna violenza (13,59,60). Fino al 49% delle bambine vittime di abuso sessuale subirebbe, infatti, ulteriori violenze in età adulta (17). Il fatto che sembrano più a rischio di subire ulteriori violenze parrebbe derivare, essenzialmente, dall'ipotesi che l'abuso possa creare un legame tra abusatore e abusato: ciò si ipotizza essere basato su una sostanziale confusione tra "amore e dolore". Questo errore favorisce uno stato di *iperarousal* che conduce il soggetto alla dissociazione e alla possibilità di instaurare relazioni violente anche da adulto. In particolare, gli abusati di sesso maschile sembrano avere più risvolti aggressivi (identificandosi con i carnefici) – ipotesi che conferma il dato statistico di un maggior numero di abusatori tra chi è stato vittima in età infantile –, mentre le femmine sono più inclini a mantenere il ruolo di vittime fallendo nel proteggere sé e i propri figli (61,62). Sintomi tipici del DPTS, quali iper-

Di Giacomo E et al.

vigilanza, evitamento e *re-experiencing*, possono mediare comportamenti sessuali a rischio se associati all'uso di sostanze e/o alcool, e quindi predisporre a nuove violenze (63). Altri autori (64) hanno notato una correlazione tra insorgenza di DPTS, come conseguenza dell'abuso subito, e successiva rivittimizzazione (65). Inoltre, essendo i sintomi dissociativi (durante e dopo l'evento traumatico) causa di aumentato rischio di sviluppare DPTS, rappresentano anch'essi un fattore di rischio per la rivittimizzazione in età adulta (13,65). Il meccanismo della dissociazione ridurrebbe, nella vittima, il livello di attenzione agli stimoli ambientali aumentandone, quindi, la vulnerabilità e il rischio di sperimentare nuovi eventi traumatici (13,14).

Quali sono i fattori che correlano l'abuso sessuale infantile con la rivittimizzazione (17)?

Un ambiente familiare negativo e poco supportivo può contribuire a far sì che il bambino non venga aiutato nell'elaborazione di quanto accaduto e, crescendo, sia coinvolto in relazioni rischiose per la salute, che possono evidenziare la sua vulnerabilità e riesporlo a eventuali abusi fisici e/o sessuali.

Le donne vittime di abuso sessuale in età infantile tendono a impegnarsi in rapporti sessuali con molteplici partner, aumentando il rischio di rivittimizzazione, poiché i sentimenti di colpa e di vergogna sperimentati possono portarle alla ricerca di uomini prepotenti e violenti per confermare l'immagine negativa che queste donne hanno di sé.

Tra le donne che sperimentano la rivittimizzazione, rispetto a donne che hanno subito violenze solo durante l'infanzia, si riscontra una maggiore prevalenza di comportamenti a rischio: abuso di alcool e di sostanze e rapporti sessuali con molteplici partner. Non è chiaro se siano questi comportamenti che aumentano le probabilità di una rivittimizzazione o viceversa.

Esisterebbe una maggiore frequenza di accesso ai Centri di salute mentale tra i soggetti che sperimentano la rivittimizzazione, rispetto a coloro che hanno subito abusi sessuali solo durante l'infanzia.

## ULTERIORI AREE DI APPROFONDIMENTO CLINICO

### Relazioni tra abuso sessuale infantile e disturbi d'ansia

Sebbene la maggior parte dei disturbi d'ansia insorga, tipicamente, nella tarda adolescenza o nella prima età adulta, talvolta l'esordio avviene durante l'infanzia. La patogenesi dei disturbi d'ansia risulta piuttosto articolata: alcuni studi eseguiti all'interno di famiglie e su

gemelli omozigoti hanno tuttavia dimostrato il ruolo dell'ereditarietà nello sviluppo di tali disturbi (59,66). Il fattore ambientale risulta essere di estrema importanza, poiché associa l'ereditarietà all'apprendimento di comportamenti patologici espressi dai genitori (50).

Inoltre, nei soggetti che la sperimentano associata a fattori di stress, l'ansia diventa una risposta condizionata anche nei confronti di situazioni di minore rilievo (50). Molti ricercatori sono concordi nell'affermare che la presenza di eventi traumatici nella vita di un individuo abbia un ruolo sostanziale nella genesi di questi disturbi. Gli eventi traumatici principali chiamati in causa includono: abusi fisici e sessuali subiti durante l'infanzia, prostituzione in età minorile, abbandono o incuria da parte della propria famiglia d'origine. Tra questi, l'abuso infantile (fisico e sessuale) rappresenta un fattore di rischio particolarmente importante per lo sviluppo, in età adolescenziale-adulta, di disturbi d'ansia (13-15,17-19,58,67-72). I meccanismi mediante i quali l'abuso sessuale infantile influisce sul successivo sviluppo sono molteplici: per esempio, il fatto che le giovani vittime crescano spesso con la convinzione che il mondo che li circonda sia pericoloso e, nel contempo, di avere uno scarso controllo sugli eventi che, nel corso della vita, accadono loro (57).

Inoltre, l'esposizione in età infantile a eventi traumatici quali la violenza sessuale può condurre, come già citato, a modificazioni neuronali per quanto riguarda l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. A livello ipotalamico si riscontra un rilascio elevato e persistente di CRH che, a sua volta, stimola il rilascio di corticotropina dall'adenoipofisi. Ciò esita in un incremento della reattività alle situazioni di stress, condizione che predisporrebbe la vittima allo sviluppo di psicopatologia legata all'*iperarousal* in età adulta e, quindi, a patologie dello spettro d'ansia (59).

### Relazione tra abuso sessuale minorile e DPTS

Tra i disturbi d'ansia, quello che presenta la più stretta associazione con l'abuso sessuale subito in età infantile è il DPTS (13-15,17-19,59,67-82). Molti ricercatori, in relazione all'elevata frequenza con cui si riscontrano abusi sessuali subiti durante l'infanzia nei soggetti affetti da DPTS, hanno considerato l'abuso sessuale sul minore come un importante fattore di rischio per lo sviluppo di tale disturbo d'ansia (14,68). Il DPTS è associato a eventi che mettono a repentaglio la sopravvivenza del soggetto, ma anche, e soprattutto nel caso dell'analisi dell'abuso sessuale come fattore di rischio, intensa paura e senso di impotenza. È facile quindi associare questi due ultimi fattori a quanto sopra documentato rispetto alla frequente non compren-

### *Abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni: un'inguaribile ferita?*

sione, mediata dall'età, del corretto significato di quanto vissuto ma, soprattutto, è immediata l'associazione con il senso di impotenza esperito. I bambini che subiscono sia abusi fisici che sessuali sembrerebbero più predisposti allo sviluppo di DPTS rispetto ai bambini vittime di un solo tipo di abuso (13,17). Per quantificare l'entità del fenomeno, l'86-95% dei soggetti vittime di abusi sessuali in età infantile sviluppa, nel corso della vita, manifestazioni psicopatologiche inquadrabili in un DPTS (19,63,71,72). L'intensità della sintomatologia ansiosa in età adulta sembra correlata alla probabilità di aver subito abusi sessuali durante l'infanzia: tra i soggetti affetti da uno o più disturbi d'ansia determinanti grave disagio e compromissione del funzionamento personale e sociale, si riscontra più frequentemente una storia di abuso sessuale infantile rispetto ai soggetti manifestanti sintomatologia ansiosa di minor intensità (59). Alcuni ricercatori hanno anche identificato i fattori di rischio per l'insorgenza di DPTS in seguito ad un abuso sessuale subito in età infantile (14).

In particolare, i bambini vittime di abusi sessuali che manifestano sintomi dissociativi (durante o subito dopo l'evento traumatico), sintomi di aumentato *arousal* e comportamenti di evitamento sarebbero fortemente a rischio di sviluppare DPTS in epoca successiva (13,16, 83,84). Il comportamento di evitamento, nello specifico, è associato a uno scarso livello di funzionamento globale in età adulta (13,85). La caratteristica essenziale dei sintomi dissociativi è la disconnessione delle funzioni, solitamente integrate, della coscienza, della memoria, dell'identità o della percezione dell'ambiente (13,86). Nel minore, questa reazione all'abuso interagisce col fatto che esperienze dissociative sembrano sufficientemente comuni e fisiologiche durante l'infanzia (13).

Inoltre, il bambino – a differenza dell'adulto – non ha le capacità linguistiche e comunicative per esprimere i propri pensieri e i propri sentimenti riguardo all'esperienza traumatica subita e, per questo, utilizza l'esperienza dissociativa – come argomentato in precedenza – per sostenere il dolore dell'esperienza di abuso e "sopravviverne" (13,14). In questo caso, l'esperienza dissociativa è utilizzata come meccanismo di difesa per tentare di superare una situazione vissuta come inaffrontabile e paralizzante; il paziente è incapace di rievocare l'evento e comprenderlo, poiché eccessivamente traumatico e stressante (13,14). Humphreys et al. (70) hanno dimostrato che il 37-52% delle vittime di abuso sessuale in età infantile riporta una serie di risposte peri-traumatiche che includono: marcata immobilità fisica e verbale, sensazione di freddo o torpore e insensibilità agli stimoli dolorosi. Queste manifestazioni rientrano in un quadro clinico chiamato "immobilità tonica" (TI). Il quadro di immobilità tonica viene in-

dotto da condizioni di paura, di restrizione fisica e da tutte quelle situazioni in cui la vittima non percepisce una via di fuga. La presenza di immobilità tonica sarebbe fortemente predittiva di una successiva insorgenza di DPTS (70,87). Da ultimo, si è evidenziato come anche le conseguenze fisiche di un abuso sessuale subito in età infantile siano in parte mediate dalla presenza di una patologia psichiatrica, in particolare il DPTS (75). Quando in un soggetto, vittima di abuso sessuale in età infantile, viene posta diagnosi di DPTS è importante ricercare in anamnesi altri eventi, oltre all'abuso subito, che potrebbero aver favorito l'insorgenza del disturbo stesso. Gli eventi traumatici da considerare sono: perdita di una persona cara durante l'infanzia, separazione da casa o dai principali personaggi di attaccamento, eventuali patologie mediche associate (68).

### **Implicazioni cliniche del DPTS**

I sintomi caratteristici del DPTS interferiscono notevolmente con ciò che viene definito *self-efficacy* (autoefficacia). L'autoefficacia è la convinzione della propria capacità di portare a termine un determinato progetto e di raggiungere un certo livello di prestazione; è la percezione che un soggetto ha delle proprie capacità di portare a termine con successo i compiti che si trova ad affrontare. L'autoefficacia viene notevolmente compromessa nei soggetti vittime di abuso sessuale in età infantile, in particolare in quei soggetti che sviluppano un DPTS (88).

### **Abuso sessuale infantile e DPTS: differenze di genere**

Nella popolazione generale le donne, rispetto agli uomini, corrono un rischio doppio – nel corso della vita – di sviluppare DPTS (88-90). Inoltre, mentre i maschi subiscono con maggior frequenza, rispetto alle femmine, abusi fisici e psicologici, le femmine sono vittime soprattutto di abusi sessuali (91-93) e, per giunta, di abusi perpetrati nel tempo (93); sembrerebbe sia proprio l'abuso sessuale quella modalità di violenza che risulta maggiormente associata allo sviluppo, in età adulta, di DPTS (91). Il rischio di sviluppare DPTS aumenta, inoltre, all'aumentare del numero degli abusi subiti e della frequenza con cui questi vengono perpetrati nel tempo e ha una presentazione di grado più severo quando esiste una relazione affettiva e confidenziale con l'autore della violenza (91). Le femmine, con maggior frequenza rispetto ai maschi, subiscono abusi sessuali all'interno del contesto familiare (93). Tale tipologia di abuso è, spesso, destinata a protrarsi nel tempo e il bambino, che in questi casi ha uno stretto le-

Di Giacomo E et al.

game affettivo con l'autore della violenza, mostra un maggior rischio di sviluppare psicopatologia in età adulta rispetto ai casi in cui l'autore della violenza è una persona sconosciuta (48). Se le femmine vittime di abusi sessuali in età infantile riescono a esprimere più adeguatamente le proprie manifestazioni emotive riguardo all'evento, i maschi mostrerebbero – con maggior frequenza – comportamenti di evitamento, soprattutto in riferimento all'evento subito (14).

Per quanto riguarda i dati, disponibili in letteratura, in merito alle differenze di genere, si può evidenziare innanzitutto – in termini di incidenza e prevalenza del DPTS nei soggetti adulti vittime, durante l'infanzia, di abuso sessuale – come questi siano a oggi ancora estremamente contrastanti (90-92) e insufficienti per poter confermare un'eventuale correlazione di genere tra abuso sessuale in età infantile e conseguente sviluppo di DPTS in età adulta (91). Le principali teorie in merito all'argomento sono le seguenti.

Alcuni studi evidenziano come tra i soggetti adulti, vittime in età infantile di abusi sessuali, il rischio di sviluppare DPTS sia maggiore per le donne rispetto agli uomini (15,89-92,94,95). Tale differenza può essere spiegata, in parte, con il fatto che le femmine sono maggiormente vittime di abusi sessuali rispetto ai maschi ma, in parte, evidenzia anche come il sesso femminile sia di per sé un fattore di rischio per lo sviluppo di DPTS. Infatti, numerosi sono gli studi che affermano che le donne sono più predisposte all'insorgenza di DPTS, sia nella popolazione generale ma, soprattutto, quando sussiste l'esposizione a uno o più eventi traumatici (90,91,95-97). Fra le ragioni esposte a sostegno di quest'ultima tesi ci sarebbero alcune differenze di genere per quanto riguarda lo sviluppo neurologico e ormonale (96) e le modalità di fronteggiamento e di risposta all'abuso subito (96,98) che predisporrebbero maggiormente le donne allo sviluppo di DPTS (90). Secondo questa prima teoria, il sesso femminile sarebbe dunque maggiormente a rischio di manifestare una sintomatologia compatibile con DPTS sia nella popolazione generale, sia nei campioni di soggetti vittime di abusi durante l'infanzia; inoltre, sarebbero maggiori nelle donne anche l'intensità della sintomatologia e il grado di compromissione del funzionamento globale (93);

Altri studi non evidenziano alcuna differenza di genere in termini di prevalenza *lifetime* del DPTS tra i soggetti vittime di abuso sessuale in età infantile (90,91,99). Il sesso femminile non sarebbe dunque un fattore di rischio di per sé per lo sviluppo di DPTS, ma il fattore determinante la maggior incidenza del disturbo tra le donne consisterebbe esclusivamente nella loro maggior esposizione a eventi traumatici infantili (soprattutto l'abuso sessuale) (90).

## DPTS: comorbidità con l'abuso di sostanze

Il consumo di sostanze stupefacenti sembra iniziare in età più precoce nei soggetti che hanno subito abusi sessuali durante l'infanzia, rispetto alla popolazione generale (100). L'associazione sarebbe particolarmente evidente tra gli adolescenti e tra i consumatori di cocaina (18). Diversi autori (101,102) considerano l'uso di sostanze come un intervento di auto-medicazione verso i sintomi tipici del DPTS ma anche verso una sintomatologia depressiva spesso comorbile (7). Tra le vittime di abuso sessuale in età infantile in cui insorge DPTS, fino al 59% sviluppa anche un disturbo da abuso di sostanze (18). Oltre a ciò, i soggetti sotto effetto di sostanze stupefacenti sono più vulnerabili e maggiormente esposti a ulteriori eventi traumatici, come una reiterazione dell'abuso sessuale subito durante l'infanzia (vedi il paragrafo "Rivittimizzazione") (103).

## TERAPIA DI BAMBINI E ADOLESCENTI

Negli Stati Uniti, più di metà dei bambini e degli adolescenti hanno sperimentato un evento potenzialmente traumatico come un abuso, una violenza sessuale, un maltrattamento familiare, dei soprusi, una violenza nella comunità, incidenti gravi, incendi, disastri, infortuni o hanno dovuto affrontare la morte di un proprio caro; circa un quarto di questi bambini manifesta sintomi importanti riconducibili al DPTS (104). Il trattamento dovrebbe iniziare con una psicoterapia focalizzata sul trauma di provata efficacia – quale la terapia cognitivo-comportamentale (TCC) – mentre l'utilizzo di farmaci dovrebbe essere riservato solo a casi selezionati.

### La psicoterapia

È ormai appurata, da una serie di studi, l'importanza e l'efficacia della psicoterapia, in particolare della TCC focalizzata sul trauma, nel trattamento dei bambini affetti da DPTS (105,106). In particolare, gli elementi specifici di tale terapia possono essere riassunti con l'acronimo PRACTICE. La *psychoeducation* prevede l'educazione psichica al trauma (l'abuso sessuale in questo caso) e alle reazioni a esso correlate; l'obiettivo consiste nello sviluppare *parenting skills*, ossia nel far sì che i genitori acquisiscano la capacità di gestire il comportamento del figlio. La terapia punta al raggiungimento dei *relaxation skills*, *affective modulation skills* e dei *cognitive coping skills*, ossia – rispettivamente – a indurre il paziente a far proprie le



### *Abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni: un'inguaribile ferita?*

tecniche di rilassamento, ad essere in grado di gestire le reazioni affettive al trauma e ad acquisire la capacità di processamento cognitivo. Parti integranti della terapia sono il *trauma narrative and processing*, ovvero il racconto del trauma per far sì che vi sia una correzione delle distorsioni cognitive, e l'*in vivo mastery of trauma reminders*, ossia l'acquisizione della capacità di controllare le paure connesse al trauma. La TCC consta anche di *conjoint child parent session*, ossia sessioni congiunte bambino-genitori (107). Infine, l'ultima parte del trattamento mira all'*enhancing safety and future development*: quindi, a migliorare il senso di sicurezza del bambino e a permettere il suo sviluppo futuro attraverso l'acquisizione di alcuni skill che dovrebbero aiutare a consolidare i progressi fatti fino a quel momento nella terapia; tra questi, indispensabile si dimostra l'educazione sessuale che viene insegnata al bambino in maniera diversa a seconda dell'età (108). Il racconto del trauma è una parte critica della terapia, poiché il terapeuta e i genitori potrebbero essere esitanti nell'intraprendere una discussione dettagliata sull'abuso, condizione che blocca la rielaborazione del trauma dal momento che non permette al bambino di affrontare liberamente ciò che ha subito (109-111).

#### **La farmacoterapia**

Nonostante il successo, il 21% dei bambini assegnati alla TCC focalizzata sul trauma ha continuato a manifestare sintomatologia inquadabile nella diagnosi di DPTS al termine del trattamento e del follow-up (107). Si è pensato, quindi, che l'aggiunta di un farmaco possa, in questi casi, favorire la remissione. Il farmaco prescelto è stato, come nel caso degli adulti, la sertralina (112,113). Il trial pilota condotto nel 2007 ha però fallito nel dimostrare un chiaro beneficio dell'aggiunta della sertralina alla TCC nei bambini vittime di abuso sessuale (114). È d'obbligo sottolineare come tale studio sia stato inficiato dalla rinuncia a partecipare allo stesso da parte di una gran parte del campione selezionato (80 nel campione iniziale, 11 nel campione finale) in seguito all'allarme lanciato dalla FDA (nel 2004) secondo il quale l'uso degli inibitori selettivi del reuptake della serotonina nei bambini sarebbe associato a un maggiore rischio di suicidio (115).

#### **CONCLUSIONI**

Il presente contributo ha, in accordo con le premesse, analizzato il fenomeno dell'abuso sessuale nei sog-

getti minorenni. Le peculiari conseguenze dell'essere vittima di tale tipo di abuso si declinano e articolano in molteplici modi, soprattutto in relazione all'età della vittima, al genere, al supporto familiare fornito, al fatto che l'abusatore sia o meno conosciuto dalla vittima e alla ripetitività dell'abuso stesso.

Le molteplici conseguenze sia fisiche che psichiche che sono state messe in evidenza risultano di una tale gravità e pervasività da condizionare la vittima sia *quoad vitam* che *quoad valetudinem*.

Le possibili cure attualmente sperimentate sono risultate ancora parziali e fallaci, e ciò non può che porre l'accento sulle necessità preventive, di intervento precoce e di approfondimento diagnostico e terapeutico, basate essenzialmente su una maggiore informazione e formazione di diverse figure professionali oltre che a una più attenta rete di protezione dei minori stessi.

#### **BIBLIOGRAFIA**

1. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: a continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl* 2009; 33: 331-42.
2. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004; 364: 462-70.
3. Arreola SG, Neilands TB, Pollack LM, Paul JP, Catania JA. Higher prevalence of childhood sexual abuse among Latino men who have sex with men than non-Latino men who have sex with men: data from the Urban Men's Health Study. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 285-90.
4. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl* 2003; 27: 1205-22.
5. Lampe A. The prevalence of childhood sexual abuse, physical abuse and emotional neglect in Europe. *Z Psychosom Med Psychother* 2002; 48: 370-80.
6. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 328-38.
7. Svedin CG, Back C, Soderback SB. Family relations, family climate and sexual abuse. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 355-62.
8. Kaufman K, Johnson CF, Wallace AM, Reeder ML. The victims of female and male perpetrators of sexual abuse: a comparative study. *J Interpers Violence* 1995; 3: 322-33.
9. Kelly R, Wood JJ, Gonzalez LS, MacDonald V, Waterman J. Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinic-referred men. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 425-41.
10. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18: 409-17.
11. Cattaneo C, Ruspa M, Motta T, Gentilomo A, Scagnelli C. Child sexual abuse: an Italian perspective. *Am J Forensic Med Pathol* 2007; 28: 163-7.
12. Devianza e disagio minorile: caratteristiche e aspetti giudiziari (4 luglio 2002). [http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20020704\\_00/testointegrale.pdf](http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20020704_00/testointegrale.pdf) [ultimo accesso 30 novembre 2012].
13. Hetzel MD, McCanne TR. The roles of peri-traumatic dissociation, child physical abuse, and child sexual abuse in the devel-

- opment of posttraumatic stress disorder and adult victimization. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 915-30.
14. Kaplow JB, Dodge KA, Amaya-Jackson L, Saxe GN. Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1305-10.
  15. Lang AJ, Aarons GA, Gearity J, et al. Direct and indirect links between childhood maltreatment, posttraumatic stress disorder, and women's health. *Behav Med* 2008; 33: 125-35.
  16. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 647-57.
  17. Schaaf KK, McCanne TR. Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse Negl* 1998; 22: 1119-33.
  18. Khoury L, Tang YL, Bradley B, Cubells JF, Ressler KJ. Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depress Anxiety* 2010; 27: 1077-86.
  19. Wilson DR. Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspect Psychiatr Care* 2010; 46: 56-64.
  20. Newman MG, Clayton L, Zullig A, et al. The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization. *Psychol Med* 2000; 30: 1063-77.
  21. Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 749-55.
  22. Ehlert U, Heim C, Hellhammer DH. Chronic pelvic pain as a somatoform disorder. *Psychother Psychosom* 1999; 68: 87-94.
  23. Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health* 2006; 6: 177.
  24. Reading R, Rannan-Eliya Y. Evidence for sexual transmission of genital herpes in children. *Arch Dis Child* 2007; 92: 608-13.
  25. Arriola KR, Loudon T, Doldren MA, Fortenberry RM. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to HIV risk behavior among women. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 725-46.
  26. Verona E, Sachs-Ericsson N. The intergenerational transmission of externalizing behaviors in adult participants: the mediating role of childhood abuse. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 1135-45.
  27. Johnsen LW, Harlow LL. Childhood sexual abuse linked with adult substance use, victimization, and AIDS-risk. *AIDS Educ Prev* 1996; 8: 44-57.
  28. Brennan DJ, Hellerstedt WL, Ross MW, Welles SL. History of childhood sexual abuse and HIV risk behaviors in homosexual and bisexual men. *Am J Public Health* 2007; 97: 1107-12.
  29. Golding JM, Taylor DL, Menard L, King MJ. Prevalence of sexual abuse history in a sample of women seeking treatment for premenstrual syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21: 69-80.
  30. Leeners B, Neumaier-Wagner P, Quarg AF, Rath W. Childhood sexual abuse (CSA) experiences: an underestimated factor in perinatal care. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 971-6.
  31. Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 141-50.
  32. Pecukonis EV. Childhood sex abuse in women with chronic intractable back pain. *Soc Work Health Care* 1996; 23: 1-16.
  33. Alexander RW, Bradley LA, Alarcón GS, et al. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res* 1998; 11: 102-15.
  34. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997; 59: 572-7.
  35. Heitkemper M, Jarrett M, Taylor P, Walker E, Landenburger K, Bond EF. Effect of sexual and physical abuse on symptom experiences in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res* 2001; 50: 15-23.
  36. Stein MB, Yehuda R, Koverola C, Hanna C. Enhanced dexamethasone suppression of plasma cortisol in adult women traumatized by childhood sexual abuse. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 680-6.
  37. Vythilingam M, Heim C, Newport J, et al. Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2072-80.
  38. Altemus M, Cloitre M, Dhabhar FS. Enhanced cellular immune response in women with PTSD related to childhood abuse. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1705-7.
  39. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effect of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256: 174-86.
  40. Krupnick JL, Green BL, Stockton P, Goodman L, Corcoran C, Petty R. Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry* 2004; 67: 264-79.
  41. Fossati A, Madeddu F, Maffei C. Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *J Pers Disord* 1999; 13: 268-80.
  42. Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M. Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. *Child Abuse Negl* 2001; 25: 357-67.
  43. McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 369-71.
  44. di Giacomo E, Clerici M. Il BPD nei Servizi per le tossicodipendenze. In: Sanza M, Asioli F, Ferranini L (a cura di). *Disturbo borderline di personalità: continuità e discontinuità nel trattamento*. Torino: Centro Scientifico Editore Edies-ermes, 2010.
  45. Steiner J. *Psychic retreats. Pathological organization in psychotic, neurotic and borderline patients* [Trad. it. I rifugi della mente]. Torino: Bollati Boringhieri, 1999: 123-36.
  46. Jumper SA. A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment. *Child Abuse Negl* 1995; 19: 715-28.
  47. Paolucci EO, Genuis ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001; 135: 17-36.
  48. Beitchman JH, Zucker KJ, Hood JE, daCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1992; 16: 101-18.
  49. Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization: a case-control study. *Lancet* 2001; 358: 881-7.
  50. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001.
  51. Freshwater K, Leach C, Aldridge J. Personal constructs, childhood sexual abuse and revictimization. *Br J Med Psychol* 2001; 3: 379-97.
  52. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics* 2001; 107: 1049-56.
  53. Raison CL, Miller AH. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1554-65.
  54. Klonsky ED, Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suici-

*Abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni: un'inguaribile ferita?*

- dal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 166-70.
55. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31: 136-50.
56. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Beuhring T, Resnick MD. Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 249-58.
57. Romans SE, Gendal KA, Martin JL, Mullen PE. Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 380-92.
58. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, et al. Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1277-83.
59. Cogle JR, Timpano KR, Sachs-Ericsson N, Keough ME, Riccardi CJ. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res* 2010; 177: 150-5.
60. Ullman SE, Najdowski CJ, Filipas HH. Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *J Child Sex Abus* 2009; 18: 367-85.
61. Cuevas CA, Finkelhor D, Clifford C, Ormrod RK, Turner HA. Psychological distress as a risk factor for re-victimization in children. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 235-43.
62. Lecce PA, Laforteza E, Pinto F, et al. Parental bonds in adolescent perpetrators of sexual violence. *Riv Psichiatr* 2011; 46: 208-19.
63. Nixon RD, Resick PA, Nishith P. An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2004; 82: 315-20.
64. Arata CM. From child victim to adult victim: a model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreat* 2000; 5: 28-38.
65. Filipas HH, Ullman SE. Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *J Interpers Violence* 2006; 21: 652-72.
66. Hettema JM, Prescott CA, Kendler KS. A population-based twin study of generalized anxiety disorder in men and women. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 413-20.
67. Choi H, Klein C, Shin MS, Lee HJ. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms following prostitution and childhood abuse. *Violence Against Women* 2009; 15: 933-51.
68. Grassi-Oliveira R, Stein LM. Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: the burden of neglect. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 1089-94.
69. Huang G, Zhang Y, Momartin S, Huang X, Zhao L. Child sexual abuse, coping strategies and lifetime posttraumatic stress disorder among female inmates. *Int J Prison Health* 2008; 4: 54-63.
70. Humphreys KL, Sauder CL, Martin EK, Marx BP. Tonic immobility in childhood sexual abuse survivors and its relationship to posttraumatic stress symptomatology. *J Interpers Violence* 2010; 25: 358-73.
71. McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 369-71.
72. Shakespeare-Finch J, de Dassel T. Exploring posttraumatic outcomes as a function of childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus* 2009; 18: 623-40.
73. Bremner JD, Southwick SM, Johnson DR, Yehuda R, Charney DS. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 235-9.
74. Vranceanu AM, Hobfoll SE, Johnson RJ. Child multi-type maltreatment and associated depression and PTSD symptoms: the role of social support and stress. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 71-84.
75. Campbell R, Greeson MR, Bybee D, Raja S. The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: a meditational model of post-traumatic stress disorder and physical health outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 194-207.
76. De Bellis MD, Hooper SR, Woolley DP, Shenk CE. Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents. *J Pediatr Psychol* 2010; 35: 570-7.
77. Elhai JD, Frueh BC, Gold PB, Gold SN, Hamner MB. Clinical presentations of posttraumatic stress disorder across trauma populations: a comparison of MMPI-2 profiles of combat veterans and adult survivors of child sexual abuse. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188: 708-13.
78. Ginzburg K, Butler LD, Giese-Davis J, et al. Shame, guilt, and posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse at risk for human immunodeficiency virus: outcomes of a randomized clinical trial of group psychotherapy treatment. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 536-42.
79. Glover DA, Loeb TB, Carmona JV, et al. Childhood sexual abuse severity and disclosure predict posttraumatic stress symptoms and biomarkers in ethnic minority women. *J Trauma Dissociation* 2010; 11: 152-73.
80. Chen LP, Murad MH, Paras ML, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clin Proc* 2010; 85: 618-29.
81. Johnson DM, Sheahan TC, Chard KM. Personality disorders, coping strategies, and posttraumatic stress disorder in women with histories of childhood sexual abuse. *J Child Sex Abus* 2003; 12: 19-39.
82. Libby AM, Orton HD, Novins DK, Beals J, Manson SM. Childhood physical and sexual abuse and subsequent depressive and anxiety disorders for two American Indian tribes. *Psychol Med* 2005; 35: 329-40.
83. Shapiro DL, Levendosky AA. Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse Negl* 1999; 23: 1175-91.
84. Tremblay C, Hebert M, Piche C. Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse Negl* 1999; 23: 929-45.
85. March JS, Amaya-Jackson L, Terry R, Costanzo P. Posttraumatic symptomatology in children and adolescents after an industrial fire in Hamlet, North Carolina. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1080-8.
86. DMS-IV-TR: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Text Revision. Milano: Elsevier Masson, 2000.
87. Bados A, Toribio L, García-Grau E. Traumatic events and tonic immobility. *Span J Psychol* 2008; 11: 516-21.
88. Diehl AS, Prout MF. Effects of posttraumatic stress disorder and child sexual abuse on self-efficacy development. *Am J Orthopsychiatry* 2002; 72: 262-5.
89. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-60.
90. Koenen KC, Widom CS. A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up. *J Trauma Stress* 2009; 22: 566-74.
91. Maikovich AK, Koenen KC, Jaffee SR. Posttraumatic stress symptoms and trajectories in child sexual abuse victims: an

*Di Giacomo E et al.*

- analysis of sex differences using the National Survey of child and adolescent well-being. *J Abnorm Child Psychol* 2009; 37: 727-37.
92. Walker JL, Carey PD, Mohr N, Stein DJ, Seedat S. Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 111-21.
  93. Ullman SE, Filipas HH. Gender differences in social reactions to abuse disclosures, post-abuse coping, and PTSD of child sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl* 2005; 29: 767-82.
  94. Finkelhor D, Hotelling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl* 1990; 14: 19-28.
  95. Breslau N, Anthony JC. Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: an epidemiological study of urban young adults. *J Abnorm Psychol* 2007; 116: 607-11.
  96. Olf M, Langeland W, Draijer N, Gersons BP. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull* 2007; 133: 183-204.
  97. Seedat S, Stein DJ. Trauma and posttraumatic stress disorder in women: a review. *Int Clin Psychopharmacol* 2000; 15: 25-33.
  98. Gavranidou M, Rosner R. The weaker sex? Gender and post-traumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2003; 17: 130-9.
  99. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull* 2006; 132: 959-92.
  100. Kingston S, Raghavan C. The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. *J Trauma Stress* 2009; 22: 65-8.
  101. Chilcoat HD, Breslau N. Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addict Behav* 1998; 23: 827-40.
  102. Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse Negl* 1998; 22: 223-34.
  103. Raghavan C, Kingston S. Child sexual abuse and posttraumatic stress disorder: the role of age at first use of substance and lifetime traumatic events. *J Trauma Stress* 2006; 19: 269-78.
  104. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer R. A multisite randomized trial for sexually abused children with symptoms of posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 393-402.
  105. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, et al. Evidence based psychosocial treatment for children and adolescent exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37: 156-83.
  106. Saunders BE, Berliner L, Hanson RF. Child physical and sexual abuse. Guidelines for treatment. Charleston: National Crime Victims Research and Treatment Center, 2004.
  107. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer R. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 1474-84.
  108. Cohen AJ, Berliner L, Mannarino A. Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse Negl* 2010; 34: 215-24.
  109. Cohen J, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescent. New York: Guilford, 2006.
  110. Deblinger E, Heflin AH. Treating sexually abused children and their non offending parents. Thousand Oaks: Sage, 1996.
  111. Deblinger E, Mannarino P, Cohen JA, Runyon MK, Steer R. Trauma focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depress Anxiety* 2011; 28: 67-75.
  112. Schreiber R, Melon C, DeVry. The role of 5-HT receptor subtypes in the anxiolytic effects of selective serotonin reuptake inhibitors in the rat ultrasonic vocalization test. *Psychopharmacology* 1998; 135: 383-91.
  113. Griffin LD, Mellon SH. Selective serotonin reuptake inhibitors directly alter activity of neurosteroidogenic enzymes. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1999; 96: 13512-7.
  114. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 811-9.
  115. US Food and Drug Administration. FDA launches a multi-pronged strategy to strengthen safeguards for children treated with antidepressant medication. FDA News: October 15, 2004. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2004/ucm108363.htm> [accessed November 30, 2012].