

Abuso sessuale in età adulta: quando la sofferenza di psiche e soma si fonde

Sexual abuse in adulthood: when psychic and somatic suffering blends

ESTER DI GIACOMO^{1,2}, ALBERTO ALAMIA¹, FEDERICA CICOLARI¹, VALENTINA CIMOLAI¹,
MASSIMO CLERICI^{1,2}

E-mail: ester.digiacomo@yahoo.com

¹Cattedra di Psichiatria, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche (DNTB), Università di Milano-Bicocca

²DSM Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza (MB)

RIASSUNTO. L'abuso sessuale in età adulta rappresenta un'entità traumatica dai molteplici risvolti clinici e dalle pesanti ricadute in termini di qualità e quantità di vita. La mediazione determinata dallo sviluppo di un disturbo post-traumatico da stress rende conto di molta della sintomatologia presentata, ma non dell'intera gamma di manifestazioni, soprattutto se la violenza è stata già subita in età infantile. A partire dall'epidemiologia del fenomeno che, drammaticamente, rappresenta quanto esso sia diffuso, fino all'analisi delle conseguenze, nel presente contributo verrà discusso di come questo problema clinico non possa essere ignorato in senso preventivo e di intervento precoce. Verranno analizzate, a questo proposito, le possibilità terapeutiche ad oggi note e documentate nell'ambito di un approccio clinico che risulta assolutamente necessario.

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

SUMMARY. Sexual abuse is a traumatic event with heavy consequences in terms of clinical implications and quality or quantity of life. The mediation of the development of post-traumatic stress disorder accounts for many of the presented symptoms, but not for the whole range of them, especially if violence is suffered during childhood. From the analysis of its epidemiology and consequences, it can be derived that this disorder is dramatically widespread and cannot be any longer ignored but preventive efforts and early intervention are required. Current therapeutic options that have been proven to be effective are discussed, though further research is warranted to improve treatment strategies.

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

INTRODUZIONE

L'abuso sessuale subito in età adulta è un fenomeno che interessa entrambi i sessi, con risultati sia eguali che dipendenti dalla variabile di genere. Analizzando l'entità del fenomeno – spesso sottostimato, soprattutto a livello maschile – e le importanti conseguenze derivanti sia in termini di quantità che qualità di vita, il contributo in oggetto si soffermerà anche su aspetti peculiari che riguardano le “vittime per procura” e la tendenza a porsi in condizioni di rischio perpetuando il trauma. Infine, verranno analizzati alcuni elementi di terapia rispetto alle attuali conoscenze ed alle prove di efficacia esistenti.

MATERIALI E METODI

L'obiettivo di analizzare quale fosse, realmente, lo stato dell'arte in merito all'abuso sessuale, al suo rapporto con un possibile sviluppo di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) o di altre patologie psichiatriche, nonché le opzioni di trattamento rispetto agli aspetti invalidanti del trauma, ha comportato l'analisi della letteratura basata sull'evidenza degli ultimi 5 anni, senza trascurare quanto pubblicato in precedenza e ritenuto necessario alla presente trattazione.

RISULTATI

Definizione di abuso sessuale

La violenza sessuale è – secondo la definizione del codice penale italiano – la costrizione mediante violenza o minaccia a compiere o subire atti sessuali. In proposito si parla, comunemente, anche di stupro o (nel caso abbia luogo la congiunzione carnale) di violenza carnale. Lo stupro è considerato un crimine particolarmente grave in buona parte degli ordinamenti giudiziari e presenta specifiche difficoltà per quanto riguarda la sua repressione penale. Spesso è considerato come strumento di “guerra psicologica” da attuare sulle popolazioni dei territori occupati e, pertanto, viene considerato – in tal caso – anche come crimine di guerra.

Definizione di disturbo post-traumatico da stress

L'esposizione al trauma può essere primaria (vittime dirette), secondaria (testimoni diretti o parenti) o terziaria (soccorritori). La risposta all'evento traumatico rimane co-

Abuso sessuale in età adulta: quando la sofferenza di psiche e soma si fonde

munque soggettiva e quindi, a parità di trauma, non tutte le vittime svilupperanno i sintomi del PTSD: vi sarà, pertanto, una risposta individuale corrispondente alla vulnerabilità personale e ai pregressi anamnestici.

Disturbo appartenente all'iter diagnostico dei disturbi d'ansia, il PTSD è definito – nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM, IV edizione, revisionata) – da un serie di criteri ormai unanimemente riconosciuti¹. I sintomi del PTSD possono essere riassunti nella cosiddetta “triade sintomatica” composta da intrusioni, evitamento e *hyperarousal*². Nel 2013 è stata pubblicata la V versione del DSM per la quale sono state proposte modifiche anche in relazione ai criteri di diagnosi del PTSD: eliminazione del criterio A2 (la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti d'impotenza, o di orrore; nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato); aggiunta alla triade sintomatica di un quarto fattore rappresentato dalle alterazioni cognitive e dell'umore, con aggiunta di tre nuove caratteristiche (erronea attribuzione della colpa a sé o ad altri, negative condizioni d'umore, comportamento avventato e disadattato). Si propone infine l'eliminazione della distinzione tra acuto e cronico².

Epidemiologia nel sesso femminile

L'epidemiologia dell'abuso sessuale nell'adulto subisce un bias originale determinato, essenzialmente, dalla vergogna a denunciare quanto subito, implicando quindi una sottostima del problema soprattutto in campo maschile. Dati italiani (Istat, 25.000 donne) e statunitensi (National Institute of Justice di Washington DC, 8000 donne e altrettanti uomini) indicano l'entità del fenomeno in campioni che risultano rappresentativi della popolazione generale. La prevalenza Istat degli episodi di violenza fisica o sessuale nei confronti della donna (tra i 16 e i 70 anni e che abbiano subito almeno un episodio di violenza) è del 31,9% (il 18,8% violenze fisiche, il 4,8% stupri o tentati stupri). Per gli Stati Uniti, il 55% ha subito un episodio di violenza fisica o sessuale (il 51,9% violenza fisica, il 17,6% uno stupro o un tentato stupro). A tali numeri corrispondono 6.743.000 donne in Italia e 55.383.000 soggetti di sesso femminile negli Stati Uniti che, solo in questi due Paesi, hanno sperimentato nella loro vita almeno una volta una o più forme di violenza^{3,4}. In Italia, l'incidenza annua ammonta al 5,4% (3,5% per la sola violenza sessuale, 0,3% per lo stupro o il tentato stupro e 2,7% per la violenza fisica), mentre negli Stati Uniti al 2,1% (0,3% per stupri e tentati stupri e 1,9% per la violenza fisica). Bisogna però tenere presente come, nello studio italiano, la voce violenza sessuale comprenda anche le molestie fisiche, mentre in quello americano solo gli stupri completati o tentati.

Ruolo del partner

Un dato emerso da entrambi gli studi è quello riferibile al fatto che la violenza nei confronti delle donne sia prevalentemente perpetrata dai partner. In Italia il 69,7% degli stupri e il 37,9% dei tentati stupri è opera di partner (o ex partner) – che sono anche i maggiori responsabili della violenza fisica – mentre, dallo studio statunitense, il 76% delle donne vittime di violenza sessuale o fisica sono state aggredite dal partner. Questo dato differenzia le condizioni di genere in quanto le aggressioni nei confronti degli uomini eterosessuali, al contrario, sono perpetrate per lo più da sconosciuti. Nella grande maggio-

ranza dei restanti casi, il persecutore era un conoscente della vittima diverso dal partner.

In generale, emerge come la gravità della violenza aumenti con l'intimità del rapporto che esiste tra vittima e persecutore. Inoltre, lo studio Istat dimostra che, quando perpetrata dal partner, la violenza viene percepita dalla vittima come meno grave e come la gravità percepita sia inversamente proporzionale all'intimità del rapporto.

In termini di età, negli Stati Uniti la maggior parte degli episodi iniziali di stupro (83,4%) avviene prima dei 24 anni contro il 25,4% in Italia. Inoltre, dallo studio emerge come le donne che hanno subito una violenza prima dei 16 anni, abbiano subito ulteriori violenze nel 64,4% dei casi, contro il 31,9% delle vittime con più di 16 anni e il 29,6% dei soggetti con anamnesi negativa.

Un secondo fattore predisponente a subire violenze risulta essere la violenza del padre nei confronti della madre, con il 58,5% di donne (figlie) che vanno incontro a violenza da adulte.

Epidemiologia nel sesso maschile

È stato stimato che il 66% degli uomini abbia subito almeno un'aggressione fisica nel corso della sua vita e il 3% almeno un episodio di stupro o di tentato stupro (dati del National Institute of Justice). I soggetti di sesso maschile risultano aggressori prevalenti sia nei confronti di altri uomini sia di donne³. Nonostante la sottostima del fenomeno a livello maschile, risulta importante sottolineare come anche l'abuso sessuale negli uomini si riveli fenomeno importante, con una stima di quasi 2.800.000 vittime nei soli Stati Uniti³. I soggetti più a rischio per violenza sessuale sembrano essere gli uomini omo e bisessuali⁵ tra i quali la prevalenza risulta essere del 27,6%⁶. Parimenti, se si considera il numero di soggetti omo e bisessuali tra le vittime di abuso otteniamo una stima del 60%⁷. Tra le ragioni principali⁸ dell'incremento di rischio in queste popolazioni, svolgono un ruolo preminente sia il rischio di essere vittima di violenza da partner o ex partner – che, come per il sesso femminile, sono responsabili del 65% delle aggressioni a sfondo sessuale⁶ – sia le aggressioni a sfondo omofobico.

Le vittime di sesso maschile sembrano subire ferite più gravi rispetto alle donne⁹, pur considerando la natura dell'aggressione come sessuale solo in casi di gravità estrema. L'aggressione sessuale è spesso associata all'utilizzo di forza fisica (52,5%) e, nella maggior parte dei casi, la vittima subisce lesioni gravi (a livello anale e diffuse). Spesso, gli aggressori sono plurimi e gli abusi sessuali includono la penetrazione anale e orale, masturbazione e penetrazione con oggetti. Le aggressioni possono essere accompagnate da insulti omofobici o, al contrario, atteggiamenti che simulano un rapporto consensuale. L'età delle vittime è in genere compresa tra i 16 e i 24 anni, verosimilmente per minore esperienza e una tendenza maggiore a porsi in situazioni a rischio¹⁰.

Conseguenze fisiche dell'abuso

Secondo il National Institute of Justice³, il 31,5% delle donne violentate riporta ferite. Di queste, il 35,6% chiede assistenza medica (81,9% presso istituti ospedalieri, 54,8% dal medico

di Giacomo E et al.

di base, 19% ha necessitato del trasporto in ambulanza). Il 50% ha richiesto anche cure di emergenza. Le lesioni più frequenti sono rappresentate da graffi, ecchimosi e lividi (72,6% delle donne vittime di stupro), seguiti da fratture e lussazioni articolari (14,1%). Tra le lesioni fisiche più importanti, si annoverano quelle dell'area genitale, indagate spesso aspecificamente, ma che risultano particolarmente importanti per la possibile correlazione con disfunzioni della sfera sessuale (spesso residuali), oltre che per motivi medico-legali.

L'esame fisico eseguito tra le 24 e le 72 ore dalla violenza ha evidenziato una prevalenza di lesioni da moderata a elevata: la sede più frequente di lesione è risultata essere la forchetta posteriore, a testimonianza del trauma subito durante la penetrazione¹¹. La giovane età, l'assenza di precedenti contatti sessuali e la razza caucasica sono fattori associati a un maggior numero di lesioni. La maggiore incidenza di lesioni genitali nelle donne vittime di violenza sessuale – rispetto a chi ha avuto rapporti sessuali consensuali – è stata verificata e dimostrata. Inoltre, tra le donne abusate, vi è una maggiore incidenza di lesioni genitali in coloro che hanno riportato anche lesioni in altri distretti.

Le vittime “per procura”

La prole delle vittime fa esperienza di problematiche psicologiche in conseguenza dell'abuso subito dalla madre: è, infatti, più soggetta a sviluppare disturbi dello spettro ansioso rispetto ai figli di madri che subiscono violenza fisica ma non sessuale. Inoltre, minore risulta l'età del figlio nel momento in cui la madre subisce uno stupro, maggiore sarà il rischio di sviluppo di patologie dello spettro ansioso e depressivo: costoro, inoltre, sono a loro volta più inclini a subire un abuso¹².

Conseguenze psicopatologiche

PTSD

Il concetto di PTSD nasce originariamente con l'analisi delle conseguenze riscontrate nei reduci della guerra in Vietnam, ma è poi stato applicato a tutte le vittime di eventi traumatici interpersonali e non, dato il rilievo dei medesimi sintomi¹³. L'importanza della violenza sessuale come uno degli eventi traumatici più a rischio per lo sviluppo di PTSD è evidenziato dall'incidenza con cui tale *noxa* esiti in PTSD (95% vs il 47% per altri tipi di trauma).

La natura sessuale dell'evento traumatico gioca un ruolo fondamentale nello sviluppo non solo del PTSD, ma anche di altri disturbi, come quelli sessuali (90% contro 19%), depressione maggiore (75% contro 44%), disturbi del comportamento alimentare (53% contro 6%) e, in misura minore, disturbi d'ansia diversi dal PTSD¹⁴.

I sintomi maggiormente manifestati dalle vittime di sesso femminile (con anamnesi negativa per violenza sessuale durante l'infanzia) sarebbero, in ordine di frequenza: assenza di desiderio sessuale, depressione del tono dell'umore, ripugnanza per il sesso, ricordi spiacevoli e intrusivi dell'evento, dolore genitale, incubi, disagio alla riesposizione, senso di colpa, abbuffate con condotte di eliminazione.

Depressione

L'incidenza di depressione maggiore tra le donne affette da PTSD a seguito di maltrattamento oscilla tra il 43% e il 64%¹⁵⁻¹⁷. Come già accennato, risulta determinante il rapporto con il partner quale fattore di mediazione degli esiti del trauma^{18,19}.

La comorbilità tra depressione e PTSD determina la necessità di una valutazione dei sintomi comuni alle due patologie per il rischio di un possibile errore diagnostico. Tuttavia, l'84% delle donne con PTSD e depressione da moderata a severa ha mantenuto la positività per depressione una volta esclusi i sintomi in comune tra le due malattie²⁰. Inoltre, bisogna evidenziare come le donne in cui si riscontra la copresenza delle due patologie manifestino sintomi più gravi di entrambe le malattie⁷.

Tale gravità sembra essere indipendente²¹ da fattori quali la serietà dell'aggressione, lo stato di salute mentale prima dell'evento o una positività anamnestica per violenze sessuali nell'infanzia (childhood sexual abuse, CSA). Non è univoca la correlazione tra la gravità dell'aggressione e la positività per CSA come discriminante tra il gruppo con PTSD isolato e quello con PTSD/MDD o che vi sia una relazione con la gravità del disturbo. Attualmente, si ritiene che la gravità del PTSD non sia funzione primaria del CSA o della gravità della violenza interpersonale, né che vi sia una relazione esclusivamente del tipo entità/risposta tra abuso e conseguenze psicologiche²¹.

I soggetti con PTSD isolato presentano una maggiore incidenza di CSA, mentre la popolazione con PTSD/MDD presenta maggiori disturbi dell'esame di realtà e dissociazione spesso correlata a una maggiore gravità psicopatologica. La negazione e l'evitamento, legati all'interferenza con la corretta integrazione dell'evento traumatico nella memoria a causa di eventi dissociativi, conducono spesso all'isolamento, favorendo l'insorgenza di sintomatologia depressiva¹³.

Sembra però accertato che il CSA esponga a una maggiore incidenza di violenza nell'ambito delle relazioni intime (intimate partner violence, IPV) e di altri abusi nella vita adulta senza però, necessariamente, influire sulla gravità dei conseguenti disturbi mentali^{13,19,22,23}.

La rivittimizzazione sembra, invece, un fattore maggiormente invalidante: traumi ripetuti ridurrebbero la capacità del soggetto di reagire a un insulto successivo^{24,25}. Il CSA può avere come esito lo sviluppo di PTSD, ma soprattutto predisporrebbe a nuovi abusi senza che il PTSD sia necessariamente mediatore tra gli eventi. Le modificazioni psichiche determinate dall'abuso darebbero luogo a una serie di conseguenze tali da rendere la donna più esposta a ulteriori abusi, ulteriori traumi e aggravamento conseguente del PTSD e della salute psicofisica in generale.

Sfera sessuale femminile

Un altro aspetto importante è rappresentato dalle conseguenze funzionali sulla salute sessuale e genitale della donna. L'aggressione a sfondo sessuale sembra essere correlata a una maggiore incidenza di dismenorrea, irregolarità mestruali, dispareunia, menorragia, amenorrea per almeno due cicli e perdita di piacere. Le donne vittime di stupro presentano tassi doppi di disturbi riproduttivi o sessuali²⁶. Se si considerano donne con disturbi della sfera sessuale, l'incidenza di coloro che hanno subito uno stupro è doppia, rispetto ai

Abuso sessuale in età adulta: quando la sofferenza di psiche e soma si fonde

controlli, e arriva a essere 2,5 volte superiore se si considerano le donne con disturbi gravi²⁷.

Abuso di sostanze

L'abuso di alcol risulta essere la più frequente associazione in caso di PTSD, con importanti evidenze che l'onset dell'abuso insorga successivamente al PTSD^{28,29}, anche se è stato documentato che più della metà delle donne oggetto di stupro faceva già uso di alcol al momento dell'abuso sessuale^{30,31}. L'alcol aumenta il rischio di rivittimizzazione per molteplici motivi: disturba i meccanismi autoprotettivi e le capacità di problem solving, rendendo la donna più vulnerabile a eventuali aggressori³²; modifica, inoltre, l'impressione suscitata sull'uomo, che la percepisce come sessualmente più disponibile³³. Inoltre, esistono uomini che tendono a non considerare stupro l'aver rapporti sessuali con una donna "intossicata" o che abbia abusato di sostanze in grado di far diminuire la sua capacità critica. Potrebbe quindi avere un ruolo peggiorativo della situazione, soprattutto se si considera il ruolo di mediatore nella rivittimizzazione appena descritto. Analoga funzione potrebbe essere attribuita all'abuso di altre sostanze (quali la marijuana o altre droghe d'abuso), ma mancano studi specifici al riguardo.

La teoria a oggi più accreditata è, però, quella dell'auto-medicazione. L'alcol verrebbe usato dalle donne per fronteggiare stati affettivi spiacevoli, tra cui quelli determinati dal PTSD e dal CSA.

Il punto di vista maschile

I meccanismi di reazione, immediatamente successivi all'aggressione, sono in parte mediati dalla variabile di genere.

Le vittime di sesso maschile sembrano avere maggiori reazioni di rabbia, ostilità e depressione rispetto alle donne¹⁰. In alcuni casi questi meccanismi possono sfociare in etero-aggressività oppure rabbia o fantasie di vendetta nei confronti dell'aggressore o della società³⁴⁻³⁶. In alternativa, molti uomini adottano atteggiamenti controllati, quali accettazione sottomessa, minimizzazione o rifiuto^{8,37}.

Queste modalità possono rendere l'uomo predisposto a sequele psicologiche a lungo termine³⁸ poiché l'atteggiamento sopra riportato rende più improbabile la ricerca di aiuto e più difficoltosa la metabolizzazione del trauma. Conseguenze psicologiche evidenziate sono l'aumentato senso di vulnerabilità⁵ o cambi drastici dello stile di vita, mutamenti della percezione che le vittime ha di sé o di ridotta mascolinità e auto-colpevolizzazione, considerata il fattore peggiore nel recupero di uno stato di salute³⁹.

Sfera sessuale maschile

Molte vittime possono sviluppare confusione riguardo alla propria sessualità, sia tra gli omosessuali che tra gli eterosessuali⁵. Non è, infatti, infrequente che una vittima eterosessuale possa, in seguito, cercare contatti omosessuali o che, al contrario, sviluppi una spiccata avversione nei confronti di tutti gli omosessuali, in senso prettamente reattivo⁴⁰. L'80% degli eterosessuali vittime ha sviluppato crisi a lungo termine riguardo alla propria sessualità⁸.

Gli omosessuali, invece, possono sviluppare problemi con il loro orientamento sessuale o avere difficoltà nel percepire

positivamente la propria sessualità; possono cominciare a concepire i rapporti consensuali come qualcosa di sporco, o perdere fiducia nel partner o negli uomini in generale. Potenzialmente, in tutti i casi gli uomini omosessuali possono sviluppare turbe della sfera sessuale a lungo termine²⁹, con possibili conseguenze nelle relazioni con il partner^{5,41}. I disturbi possono quindi protrarsi per anni a seguito dell'abuso e variano dall'inattività alla promiscuità⁸.

Terapie

Le evidenze scientifiche attualmente a disposizione hanno dimostrato come la psicoterapia – in particolare quella che si avvale di tecniche di esposizione – sia la cura più efficace per il PTSD. Di conseguenza le tecniche che appartengono alla suddetta categoria terapeutica dovrebbero essere usate come prima scelta nel trattamento della patologia traumatica⁴²⁻⁴⁴.

Risultano per contro limitate le evidenze sulla validità degli agenti farmacologici approvati dall'US FDA⁴⁵.

Le terapie più utilizzate, e di cui di conseguenza si possono identificare un maggior numero di studi di efficacia, sono⁴⁶:

1. la psicoterapia cognitivo-comportamentale (cognitive behavioral therapy, CBT) che si può avvalere di diverse metodiche tra cui le tecniche di esposizione prolungata (prolonged exposure therapy, PE);
2. la terapia di elaborazione cognitiva (cognitive processing therapy, CPT);
2. le tecniche di desensibilizzazione sistematica mediante i movimenti oculari (eye movement and desensitization reprocessing, EMDR);
4. le procedure d'inoculazione dello stress (stress inoculation therapy, SIT);
5. il supportive counselling;
6. la farmacoterapia.

Tra le varie modalità di intervento psicoterapico assurte a tecnica di trattamento, la CBT è riconosciuta come trattamento molto efficace in pazienti affetti da PTSD, in accordo con quanto segnalato dall'Institute of Medicine⁴².

Tale assunzione si basa sui risultati di una ingente meta-analisi comparante gli outcome di 26 studi pubblicati dal 1980 al 2003 su un totale di 44 trattamenti psicoterapeutici diversi per il PTSD⁴⁷.

Risulta evidente l'efficacia della PE nella conduzione della CBT. La PE, il cui protocollo di trattamento consta di 10 sedute settimanali di 90/120 minuti l'una e include, oltre all'esposizione, anche la psicoeducazione e il riaddestramento respiratorio⁴⁸, è infatti riconosciuta come gold standard. Cardine della PE (immaginativa o *in vivo*) è la concezione che nel PTSD la risposta dell'individuo al trauma non diminuisca in maniera adeguata poiché l'associazione tra il ricordo dell'evento e il messaggio di pericolo permane, nonostante la minaccia reale, sia superata⁴⁹.

L'aspetto di trattamento cognitivo viene adoperato anche nella CPT, di cui costituisce la parte più rilevante. Il terapeuta cerca di mettere in discussione le conclusioni erranee del paziente sull'evento traumatico e analizza i racconti scritti (written accounts, WA), in cui il paziente racconta per iscritto il trauma, oltre a leggere l'elaborato ad alta voce sia al te-

di Giacomo E et al.

rapista durante le sedute sia a se stesso ogni giorno a casa, in modo che possano essere individuati i cosiddetti "stuck points" e le emozioni possano essere processate. Questo protocollo fu sviluppato da Resick e Schnicke nel 1993, e prevede uno svolgimento in 12 sessioni distribuite su 6 settimane di trattamento^{50,51}.

L'efficacia relativa delle due componenti della CPT (terapia cognitiva e WA) è stata valutata paragonando le due tecniche tra loro e con il protocollo normale⁵². I risultati hanno mostrato un miglioramento della sintomatologia del PTSD in tutti e tre i casi, anche in follow-up, ma viene evidenziato un maggiore successo nell'utilizzo della sola terapia cognitiva rispetto alla terapia di esposizione (WA)⁵². Tale evidenza non risulta però sufficiente per raccomandare l'eliminazione dei WA dal protocollo di routine.

La combinazione tra l'utilizzo di elementi cognitivi e tecniche di esposizione viene applicato anche nell'EMDR, ideata da Shapiro nel 1987.

Il processamento dei ricordi traumatici dovrebbe essere favorito attraverso l'associazione tra un'immagine vivida connessa al trauma (su cui il paziente deve focalizzarsi durante la seduta) e una stimolazione "positiva" quale il movimento delle dita del terapeuta davanti agli occhi del paziente, il quale deve seguire i movimenti con lo sguardo, oppure stimoli tattili o uditivi, come il tamburello delle dita. Tale associazione dovrebbe prevenire una sovra-eccitazione emozionale o fisica dell'individuo nel caso le memorie vengano rievocate⁵³.

L'EMDR è stato valutato su donne affette da PTSD e vittime di violenza sessuale, dimostrandosi efficace in questa sottopopolazione⁵⁴.

Una proposta evolutiva della CBT fu introdotta da Donald Meichenbaum nel 1977 ed è nota con il nome di SIT (stress inoculation training). Nella SIT l'individuo sviluppa le proprie risorse e capacità di gestione dello stress sperimentandole nel corso di esposizioni ripetute al trauma in un contesto assistito e protetto (il principio di tale terapia è il medesimo della vaccinazione medica). Tale procedura ha infatti lo scopo di formare degli "anticorpi psicologici", quali l'abilità di coping e di fronteggiamento della realtà. Il SIT incorpora tre elementi: la psicoeducazione, l'esposizione *in vivo* e una fase basata su 6 strategie cognitivo-comportamentali (lo stop del pensiero, i dialoghi guidati con se stessi, il rilassamento muscolare, il controllo del respiro, il role playing e il covert modeling)⁵⁵.

Infine, il supportive counselling si basa su regolari sedute di trattamento durante le quali il paziente viene ascoltato attivamente dal terapeuta senza, necessariamente, discutere del trauma o dei sintomi associati⁴⁶.

Purtroppo, risultano rari gli studi di comparazione tra le diverse tecniche. Nel caso specifico della nostra trattazione, ovvero tecniche di trattamento per donne vittime di violenza sessuale e affette da PTSD, Vickerman⁴⁶ ha messo in evidenza come solo in 4 dei 20 studi considerati nella sua analisi, le terapie sopradescritte siano state paragonate tra di loro.

Da questi si evidenzia come sia la PE sia la CPT siano più efficaci rispetto alla MA (minimal attention condition). Il 53% delle pazienti di ambedue le tecniche, post-trattamento non soddisfacevano più i criteri per il PTSD contro solo il 2,2% del gruppo controllo assegnato alla MA ($p < 0,0001$) in un campione di 121 donne vittime di violenza sessuale. Inoltre, sono stati evidenziati i maggiori benefici dati dalla CPT

rispetto alla PE. Il 76% dei pazienti trattati con CPT e il 58% di quelli assegnati alla PE erano ben compensati ($p < 0,09$) e, a 3 mesi, il 72% del gruppo CPT e il 50% delle donne sottoposte a PE con un trend a favore della CPT ($p < 0,06$) (punteggi della PSS e del BD)^{46,50}.

Non sono state, inoltre, evidenziate differenze significative nell'outcome dell'EMDR vs CBT (metanalisi basata su 7 diversi studi con un campione complessivo di 209 soggetti)⁵⁶. Non ci sarebbero, inoltre, differenze statisticamente significative rispetto agli outcome nel confronto tra la PE e la SIT⁵⁷ mentre la CPT e la SIT non sono state ancora paragonate⁴⁶.

Il supportive counselling si dimostra invece meno efficace se paragonato sia alla CBT⁵⁸ che alla PE sia nel post-trattamento ($p < 0,001$) che nel follow-up ($p = 0,001$). Non è stata rilevata, però, alcuna differenza tra la PE e gli altri trattamenti attivi, ossia la CPT, l'EMDR e la SIT ($p = 0,69$). Si segnala l'eterogeneità del campione (non costituito solo da vittime di violenza sessuale affette da PTSD post-abuso sessuale, ma anche da soggetti che hanno subito altri tipi di traumi)⁵⁹ quale limite ai risultati riportati.

Terapia farmacologica

Dal punto di vista farmacoterapico, la FDA ha approvato, attualmente, solo sertralina e paroxetina, come farmaci per il trattamento di pazienti affetti da PTSD⁴⁸. Le variazioni neuroendocrine e a livello neurotrasmettitoriale legate alla serotonina che caratterizzano il PTSD sono alla base dell'efficacia dimostrata per questi due antidepressivi.

Altre classi di farmaci in cui è stato riportato un tentativo di impiego nel PTSD sono gli antipsicotici e le benzodiazepine.

Per quanto riguarda i primi, l'unico di cui si trova riscontro in letteratura è il risperidone, che risulta efficace vs placebo. La revisione sistematica di Berger pone, però, in evidenza come il risperidone venisse somministrato in monoterapia ($p = 0,04$)⁶⁷ soltanto in uno degli studi analizzati, mentre negli altri, costituiva trattamento aggiuntivo agli SSRI.

L'impiego delle benzodiazepine, invece, non è ancora stato supportato da forti evidenze scientifiche⁶⁶ per la prevenzione o il trattamento del PTSD. Inoltre, nonostante si rivelino utili nel ridurre sintomi isolati come insonnia e ansia, comportano un rischio di dipendenza che risulta particolarmente serio nei soggetti affetti da PTSD che risultano già ad alto rischio di abuso di sostanze stupefacenti.

Risultano, invece, troppo esigue le evidenze sulla combinazione psicoterapia-farmacoterapia nel trattamento del PTSD⁶⁸.

SPUNTI DI RIFLESSIONE E PROSPETTIVE FUTURE

Bisogna innanzitutto sottolineare il rilievo di una discrepanza tra i trattamenti raccomandati evidence based e i "pre-giudizi" di molti terapeuti rispetto a quali tecniche adottare nella pratica quotidiana⁶⁹. La riluttanza nell'utilizzare tecniche di esposizione, per esempio, si fonda sulla convinzione che esse possano aumentare il rischio di suicidio (76%), di autolesionismo (68%) e il tasso di drop-out (59%), anche se tali assunti non sono supportati da nessuno studio.

In secondo luogo, pur se di provata efficacia, le terapie attualmente analizzate sono gravate da un elevato numero

Abuso sessuale in età adulta: quando la sofferenza di psiche e soma si fonde

di pazienti non responsivi. Difatti l'11-20% dei soggetti rimane sintomatico anche dopo trattamento con CPT, il 18-60% se trattati con la PE, il 50% di quelli sottoposti alla SIT, il 20% degli individui trattati con EMDR, fino al 90% nel caso in cui sia stato fornito supportive counselling e il 60% di coloro che sono stati trattati con farmacoterapia a base di sertralina⁴⁶.

Fra i trattamenti in corso di trial di valutazione, sembrerebbero efficaci la terapia di coppia e quella familiare che attualmente, pur dimostratisi sicuramente valida, è stata applicata soprattutto alla sottopopolazione di veterani affetti da PTSD, mentre non esistono ancora studi su adulti vittime di violenza sessuale.

Altre terapie attualmente utilizzate con risultati incoraggianti sono la psicoterapia interpersonale⁷⁰ e la terapia dialettico-comportamentale (dialectical behavior therapy, DBT), nota per essere stata sviluppata inizialmente per il trattamento di individui con disturbo di personalità borderline. La DBT è sempre stata utilizzata insieme a tecniche di esposizione e, quindi, permangono dubbi sulla sua validità come trattamento fornito singolarmente⁴⁸.

Innovativi risultano invece i primi studi effettuati mediante l'utilizzo della realtà virtuale: la maggior parte delle ricerche in merito si sono limitate a considerare i veterani di guerra e i testimoni di eventi traumatici, mentre solo recentemente è stato pubblicato uno studio che si focalizzava su pazienti che avevano subito altri tipi di trauma tra cui, per esempio, una violenza sessuale. L'utilizzo della CBT contemporaneamente alla realtà virtuale sembra determinare una diminuzione della frequenza dei sintomi ($p < 0,04$) e della loro intensità ($p < 0,04$)⁷¹.

Nell'ambito dei trattamenti farmacologici, invece, sono attualmente oggetto di ricerca la prazosina – bloccante adrenergico che sembrerebbe migliorare i sintomi d'insonnia successivi al trauma – e la d-cicloserina, antibiotico a largo spettro che funzionerebbe in quanto, come agonista parziale a livello del recettore NMDA, faciliterebbe l'estinzione della paura e ridurrebbe le ricadute post-trattamento^{48,72,73}.

CONCLUSIONI

La presente trattazione ha permesso di evidenziare sia l'entità del fenomeno riguardante la violenza sessuale subita da soggetti adulti, sia l'importanza delle conseguenze derivanti da tale tipo di trauma.

La variabilità degli esiti viene accomunata e caratterizzata dalla compromissione della vita della vittima *quoad vitam et valetudine*.

Le conseguenze sia fisiche sia psichiche, difatti, esitano a lungo termine e spesso lasciano sequele che compromettono l'esistenza anche di chi è prossimo alla vittima stessa (vedi le "vittime per procura").

L'importanza di incrementare il supporto e il trattamento offerto a tale popolazione di pazienti risiede sia nell'attestazione della pervasività delle conseguenze, sia nella realizzazione e analisi dei bias terapeutici ancora presenti nelle ricerche volte a valutare le terapie attualmente a disposizione.

Il crescente interesse sembra essere temporalmente parallelo all'aumento di attenzione mostrato verso l'abuso sessuale sia in campo accademico sia di opinione pubblica e si

riflette nel tentativo di sperimentare nuove tecniche sia psicoterapiche sia farmacologiche in grado di alleviare maggiormente i sintomi invalidanti che derivano da questo fenomeno spesso sottovalutato e sottostimato.

BIBLIOGRAFIA

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 750-69.
3. Tjaden P, Thoennes N. Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National Violence Against Women Survey. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, 1998.
4. Istat, Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza. La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia, 2006.
5. Mezey G, King M. The effects of sexual assault on men. *Psychol Med* 1989; 19: 205-9.
6. Hickson FC, Davies PM, Hunt AJ, Weatherburn P, McManus TJ, Coxon AP. Gay men as victims of a non-consensual sex. *Arch Sex Behav* 1994; 23: 281-94.
7. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota: Professional Resource, 1990.
8. Davies M. Male sexual assault victims: a selective review of the literature and implications for support services. *Aggressive and Violent Behavior* 2002; 7: 203-14.
9. Frazier PA. A comparative study of male and female rape victims seen at a hospital-based rape crisis program. *J Interpers Violence* 1993; 8: 64-76.
10. Walker J, Archer J, Davies M. Effects of rape on men: a descriptive analysis. *Arch Sex Behav* 2005; 34: 69-80.
11. Weaver TL. Impact of rape on female sexuality: review of selected literature. *Clin Obstet Gynecol* 2009; 52:702-11.
12. McFarlane J, Malecha A, Watson K, et al. Intimate partner physical and sexual assault and child behavior problems. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007; 32: 74-80.
13. McHugh P, Treisman G. PTSD: a problematic diagnostic category. *J Anxiety Disord* 2007; 21: 211-22.
14. Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, Ricca V. Psychopathology after rape. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1483-5.
15. Cascardi M, O'Leary KD, Schlee KA. Co-occurrence and correlates of post-traumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *J Fam Violence* 1999; 14: 2249-57.
16. Nixon RD, Resick PA, Nishith P. An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord* 2004; 82: 315-20.
17. Stein MB, Kennedy C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *J Affect Disord* 2001; 66: 133-8.
18. Blanchard EB, Buckley TC, Hickling EJ, Taylor AE. Post-traumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion? *J Anxiety Disord* 1998; 12: 21-37.
19. Najdowsky C, Ullman S. Prospective effects of sexual victimization on PTSD and problem drinking. *Addict Behav* 2009; 34: 965-8.
20. Taft C, Resick P, Watkins L, Panuzio J. An investigation of post-traumatic stress disorder and depressive symptomatology among female victims of interpersonal trauma. *J Fam Violence* 2009; 24: 407-15.

21. Kaysen D, Rosen G, Bowman M, Resick P. Duration of exposure and the dose-response model of PTSD. *J Fam Violence* 2010; 25: 63-74.
22. Messman-Moore TL, Ward RM, Brown AL. Substance use and PTSD symptoms impact the likelihood of rape and revictimization in college women. *J Interpers Violence* 2009; 24: 499-521.
23. Krause E, Kaltman S, Goodman L, Dutton MA. Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *J Trauma Stress* 2008; 21: 83-90.
24. Follette VM, Polusny MA, Bechtle AE, Naugle AE. Cumulative trauma: the impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *J Trauma Stress* 1996; 9: 25-35.
25. 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.
26. Golding JM. Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychol Women Q* 1996; 20: 101-21.
27. Letourneau EJ, Resnick HS, Kilpatrick DG. Comorbidity of sexual problems and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Behav Ther* 1996; 27: 321-6.
28. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-60.
29. Sonne SC, Back SE, Zuniga CD, Randall CL, Brady KT. Gender differences in individuals with comorbid alcohol dependence and post-traumatic stress disorder. *Am J Addict* 2003; 12: 412-23.
30. Frinter MP, Rubinson L. Acquaintance rape: the influence of alcohol, fraternity membership, and sports team membership. *J Sex Educ Ther* 1993; 19: 272-84.
31. Harrington NT, Leitenberg H. Relationship between alcohol consumption and victim behaviors immediately preceding sexual aggression by an acquaintance. *Violence Vict* 1994; 9: 315-24.
32. Testa M, Parks KA. The role of women's alcohol consumption in sexual victimization. *Aggression and Violent Behavior* 1996; 1: 217-34.
33. George WH, Cue KL, Lopez PA, Crowe LC, Norris J. Self-reported alcohol expectancies and post-drinking sexual inferences about women. *J Appl Soc Psychol* 1995; 25: 164-86.
34. Walker JL. Male rape: the hidden crime. Unpublished honors thesis, University of Wolverhampton, UK, 1993.
35. Anderson CL. Males as sexual assault victims: multiple levels of trauma. *J Homosex* 1982; 7: 145-62.
36. Myers MF. Men sexually assaulted as adults and sexually abused as boys. *Arch Sex Behav* 1989; 18: 205-9.
37. Kaufman A, Divasto P, Jackson R, Voorhees H, Christy J. Male rape victims: non-institutionalized assault. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 221-3.
38. Rogers P. Call for research into male rape. *Mental Health Practice* 1998; 1: 34.
39. Frazier PA, Schauben L. Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. *J Soc Clin Psychol* 1994; 13: 1-14.
40. McMullen RJ. Male rape: breaking the silence on the last taboo. London: GMP Publishers, 1990.
41. Keane FE, Young S, Boyle HM, Curry KM. Prior sexual assault report by male attenders at a department of genitourinary medicine. *Int J STD AIDS* 1995; 6: 95-100.
42. Institute of Medicine. Treatment of post-traumatic stress disorder: an assessment of the evidence. Washington, DC: National Academic Press, 2008.
43. National Collaborating Center for Mental Health. Post traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: National Institute of Clinical Excellence (NICE), 2005.
44. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York, NY: Guilford Press, 2009.
45. Foa EB, Franklin ME, Moser J. Context in the clinic: how well do cognitive behavioral therapies and medication work in combination? *Biol Psychiatry* 2002; 52: 987-97.
46. Vickerman KA, Margolin G. Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 431-48.
47. Bradley R, Greene J, Russ E, et al. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 214-27.
48. Cukor J, Olden M, Lee F, Difede J. Evidence-based treatments for PTSD, new directions, and special challenges. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1208: 82-9.
49. Foa EB, Hembree E, Rothbaum B. Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences, therapist guide. New York, NY: Oxford University Press, 2007.
50. Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic PTSD in female rape victims. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 867-79.
51. Resick PA. Cognitive processing therapy: generic manual. Unpublished instrument, University of Missouri-St. Louis, 2001.
52. Resick PA, Galovski TE, O'Brien Uhlmansiek M, Scher CD, Clum GA, Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for PTSD in female victims of interpersonal violence. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 243-58.
53. Shapiro F. EMDR: eye movement desensitization of reprocessing. Basic principles, protocols and procedures. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press, 2001.
54. Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *J Trauma Stress* 2005; 6: 607-16.
55. Jaremko M. Stress inoculation training for social anxiety with emphasis on dating anxiety. In: Meichenbaum D, Jaremko M (eds). *Stress reduction and prevention*. New York, NY: Plenum Press, 1983.
56. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma focused CBT in the treatment of PTSD, a meta-analytic study. *J Res Psychiatry Allied Sci* 2006; 36: 1515-22.
57. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs D, Murdok T. Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 715-23.
58. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC. An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *J Trauma Stress* 2006; 19: 29-43.
59. Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Foa EB. A meta-analytic review of prolonged exposure for post-traumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 2010; 20: 635-41.
60. Charney DS, Deutch AY, Krystal JH, Southwick SM, Davis M. Psychobiologic mechanism of PTSD. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 295-305.
61. Connor KM, Davidson JRT. The role of serotonin in PTSD: neurobiology and pharmacotherapy. *CNS Spectr* 1998; 2: 43-51.
62. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1): CD002795.

Abuso sessuale in età adulta: quando la sofferenza di psiche e soma si fonde

63. Stein DJ, Bessel A, Kolk AC, Fayyad R, Clary C. Efficacy of sertraline in PTSD secondary to interpersonal trauma or childhood abuse. *Ann Clin Psychiatry* 2006; 18: 243-9.
64. Stein MB, Kline NA, Matloff JL. Adjunctive olanzapine for SSRI resistant combat related PTSD: a double blind placebo controlled study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1777-9.
65. Zohar R. Double blind placebo controlled pilot study of sertraline in military veterans with PTSD. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22: 190-5.
66. Berger W, Mendlowicz MV, Marques-Portella C, et al. Pharmacological alternatives to antidepressant in post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009; 33: 169-80.
67. Padala PR, Madison J, Monnahan M, et al. Risperidone monotherapy for post-traumatic stress disorder related to sexual assault and domestic abuse in women. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 275-80.
68. Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7): CD007316.
69. Becker CB, Zayfert C, Anderson E. A survey of psychologist attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behav Res Ther* 2004; 42: 277-92.
70. Bleiberg K, Markowitz JC. A pilot study of interpersonal psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 181-3.
71. Botella C, Garcia-Palacios A, Guillen V, Banos RM, Quero S, Alcaniz M. An adaptive display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2010; 13: 67-71.
72. Davis M, Ressler K, Rothbaum BO, Richardson R. Effect of D-cycloserine on extinction: translation from preclinical to clinical work. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 369-75.
73. Brady KT, Gillen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatry disorders and PTSD. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 22-32.