

Violenza Sessuale e Disturbi Mentali: le Conseguenze del Trauma

Relazione presentata al Convegno "Violenza e Malattia Mentale", Siena, 14 ottobre 2008.

Author(s):

Andrea Giovannoni affiliation: Psichiatra-UFSMA Zona Senese

Adele Giovannoni affiliation: Psicologa

Per inviare un commento a questo articolo clicca [qui](#).

To post a comment on this paper please click [Questo indirizzo email è protetto dagli spambots. È necessario abilitare JavaScript per vederlo.? subject=Commento a: Violenza Sessuale e Disturbi Mentali: le Conseguenze del Trauma">here](#).

Abstract

The sexual violence is one of the traumas more upsetting of the life of a human that accompany, often deforming it, for all one's life. The theme of the sexual violence starts with a brief explanation on some psychoanalysis theories about aggressiveness. It follows an accurate list of the dates socioeconomic and epidemiology relative to the victim and the aggressor. It often is shown that it starts at the home, within a couple, within a family. The consequence, specific and nonspecific, at brief and long term that can result in many effects for a person: physical symptoms, behavior changes, emotion and cognitive symptoms that can influence the formation of the personality until one develops a psychiatric disorder. Another analyzed important contribution of Ferenczi on the typical defense mechanism of the abused victims which identifies with the aggressor and describes the risk factors and of resilience that contribute to amplify or to attenuate the consequences of sexual violence. The result of the explanation to this trauma is certainly connected to the gravity and to the type of violence, but also to other variables which characteristics temperamental of the subject and support from the outside environment, that cannot be left out of consideration of the relational attachments during infancy and from operative models that have characterized them.

Relazione

La violenza sessuale È uno dei traumi più sconvolgenti della vita di un essere umano che accompagna, spesso deformatandola, la sua intera esistenza.

Non c'È bisogno di citare le parole della prefazione di Nelson Mandela al World Report on Violence and Health, pubblicato nel 2002 dalla World Health Organization (WHO) per ammettere che: "Il ventesimo secolo verrà ricordato come un secolo segnato dalla violenza" e vorremmo aggiungere sempre di più da quella sessuale.

Negli studi di popolazione condotti in tutto il mondo, una quota compresa tra il 10 e il 69% delle donne ha dichiarato di aver subito un abuso fisico dal partner almeno una volta nella vita che questo, spesso, È accompagnato da abuso psicologico e, da un terzo a più della metà dei casi, da abuso sessuale. Secondo il report del WHO il 57% ha subito tutti e tre i tipi di abuso: fisico, psicologico, sessuale; ma le risposte positive, dove le donne che hanno subito una violenza sono ascoltate con simpatia, credute e aiutate, sono rare.

Sulla base della letteratura internazionale Romito (1999) ha individuato tre tipologie di risposte negative: >

- a) il non riconoscimento della violenza o la sua minimizzazione;
- b) le risposte di rifiuto in cui la violenza viene "vista" ma gli operatori tendono a colpevolizzare la donna ed a solidarizzare con l'uomo violento;
- c) la psicologizzazione o psichiatizzazione abusiva, che avviene quando gli operatori danno una risposta di tipo psicologico o psichiatrico anche se la domanda della donna si poneva su un'altro piano (cure sanitarie, aiuto economico, tutela dei propri diritti).

E' inutile sottolineare come la violenza, che in Italia È la prima causa di morte o invalidità permanente delle donne tra i 14 e i 50 anni e che È aumentata del 22% in più rispetto allo scorso anno, racchiuda in sé, anche in senso etimologico, un significato fortemente negativo indicando, in generale, un atto finalizzato al danno altrui, soprattutto quando la vittima si trova in condizioni di inferiorità; il termine, dal latino violentus, contiene la vis - "forza", "vigore", "prepotenza" – e la terminazione – ulentus, che connota qualcosa di eccessivo.

Freud, prima del 1915, concepiva l'aggressività (che considererò come un sinonimo della violenza) come un aspetto comune alle due pulsioni fondamentali (libidica ed autoconservativa), rappresentando, quindi, il comune denominatore che spinge verso il raggiungimento di una meta. L'aggressività partecipa all'esplicazione della pulsione libidica attraverso quella componente sadica che, secondo Freud, È insita nella sessualità e prende parte alla pulsione autoconservativa, favorendo l'allontanamento da sé dell'oggetto percepito come minaccioso.

Con la pubblicazione di Pulsioni e loro destini del 1915 l'aggressività viene esclusivamente ascritta alle pulsioni dell'io tese all'autoconservazione ed al controllo della realtà.

In seguito, con l'avvento della prima guerra mondiale, riprende vigore in Freud l'ipotesi di un'aggressività pulsionale originaria, ipotesi che sarebbe stata compiutamente elaborata nel 1920 con la pubblicazione di Al di là del principio del piacere in cui propone l'esistenza di un istinto di morte autonomo (Thanatos) che opera accanto a qualsiasi slancio vitale (Eros), dove l'aggressività diventa una delle possibili manifestazioni dell'istinto di morte.

I successivi contributi psicoanalitici sull'aggressività fanno riferimento principalmente alle teorie di Kernberg (1975) e di Kohut (1977).

Il primo ritiene fondamentale il ruolo di intense spinte pulsionali su base costituzionale; il secondo pone l'accento sulle carenze emotive ambientali che determinerebbero un deficit evolutivo, responsabile della fragile strutturazione della personalità di un soggetto.

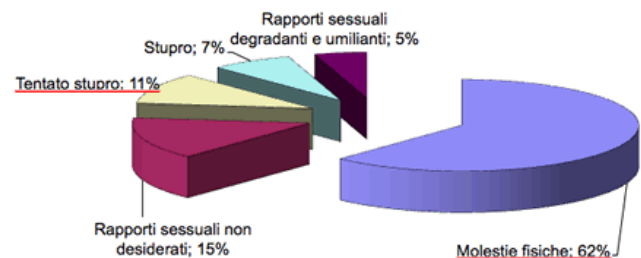
Kernberg, attribuisce un ruolo primario alle spinte pulsionali aggressive, che determinerebbero introiezioni negative e predisporrebbero alla persistenza della scissione fino alla psicosi, dove l'aggressività È senza freno e le funzioni del Super Io si deteriorano.

Kohut, invece, non considera la rabbia narcisistica come dato primario, cioè come derivato pulsionale distruttivo e non assegna alle pulsioni aggressive un ruolo fondamentale nella genesi di tutta la patologia personologica; per Kohut la rabbia È il risultato della mancanza di empatia dell'oggetto-Sé, vale a dire di carenze ambientali. Il difetto istintuale consisterebbe in una mancata evoluzione della libido e non in una particolare forma di vicissitudini pulsionali aggressive, come invece sostiene Kernberg.

Se ci spostiamo dall'ottica psicoanalitica a quella socioeconomica È possibile rilevare come la violenza sia correlata alla disuguaglianza sociale nel senso che il rischio di condotte aggressive aumenta proporzionalmente al dislivello sociale, inteso come scarto fra le classi più ricche e quelle più povere (Wilkinson, 2000). Le società che esprimono un minor tasso di violenza ed una maggiore speranza di vita non sono, infatti, quelle più ricche, ma quelle al cui interno esistono meno disuguaglianze. In un contesto, invece, in cui le relazioni sociali sono fondate principalmente su rapporti di dominio e l'organizzazione È maggiormente orientata a mantenere costanti i rapporti di potere prestabiliti, piuttosto che alla risoluzione reale dei conflitti, gli individui hanno una percezione di disparità nella distribuzione dei beni e di conseguenza fanno un uso minore della negoziazione, sostituendola con mezzi violenti di risoluzione dei conflitti.

Tomando al nostro specifico, viene considerata una violenza sessuale tutte quelle situazioni in cui una donna È costretta a fare od a subire, contro la propria volontà, atti sessuali di diverso tipo: stupro, tentato stupro, molestia fisica, rapporti sessuali con terzi, rapporti sessuali non desiderati subiti per paura delle conseguenze, attività sessuali degradanti ed umilianti. Non vengono prese in considerazione le molestie verbali, il pedinamento, gli atti di esibizionismo e le telefonate oscene, comportamenti che fanno parte di un quadro clinico recentemente descritto con il nome di Stalking che in inglese significa "appostarsi". Con tale termine viene raffigurato simbolicamente l'atteggiamento di chi (Stalker) mette in atto molestie assillanti quali, appunto, l'aspettare, l'inseguire, il raccogliere informazioni sulla vittima e sui suoi movimenti; comportamenti che sono quasi sempre presenti al di là delle differenze rilevate di situazione in situazione. Va, sottolineato che solo recentemente lo stalking È diventato un reato anche in Italia con un decreto legge entrato in vigore il 25 Febbraio 2009 e successivamente convertito in Legge.

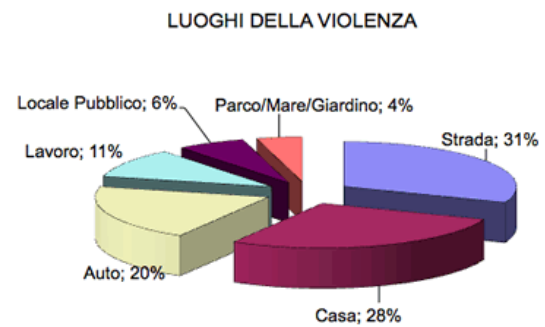
Dall'ultima ricerca ISTAT, pubblicata nel Febbraio del 2007, su un campione di 25 mila donne fra i 16 ed i 70 anni intervistate con tecnica telefonica su tutto il territorio nazionale dal Gennaio all'Ottobre 2006, È emerso che sono circa 5 milioni le donne fra i 16 ed i 70 anni (23,7%) che nel corso della vita hanno subito un atto di violenza sessuale. Le ragazzine violentate prima dei sedici anni sono 1 milione e 400 mila (6,6% delle donne fra i 16 ed i 70 anni) mentre un terzo di tutte le vittime subisce anche atti di violenza fisica. Tra tutte le forme di violenza sessuale le più diffuse sono le molestie fisiche, ovvero l'essere stata toccata sessualmente contro la propria volontà (79,5%), l'aver avuto rapporti sessuali non desiderati vissuti come violenza (19%), il tentato stupro (14%), lo stupro (9,6%) ed i rapporti sessuali degradanti ed umilianti (6,1%) (fig 1).



Nella quasi totalità dei casi la violenza non viene denunciata per vergogna o "copertura" del molestatore soprattutto se È all'interno del contesto familiare, raggiungendo percentuali che vanno dal 93% al 96% a seconda se la violenza È stata compiuta dal partner o da un non partner. Solo l'1% degli autori di violenza sessuale viene condannato; i dati si riferiscono, ovviamente, ai casi che vengono denunciati alle autorità.

Fig.1

Nel 29% dei casi la violenza sessuale viene praticata per la strada. Nel 26% a casa della vittima o di amici e parenti. In automobile nel 19%. Nel 10% dei casi al lavoro, nel 6% in un locale pubblico e nel 4% in un parco pubblico, o in un giardino o al mare (fig.2).



Dalla ricerca È emerso che nella stragrande maggioranza dei casi l'aggressore È una persona ben conosciuta dalla vittima, che può essere il marito, il convivente o l'ex (70%; dei casi), un amico, un conoscente o un familiare (17%;), non conoscenti (6%;); solo il 7% dei violentatori non ha mai visto la sua vittima prima dello stupro (ignoti) (fig.3)

Fig.2

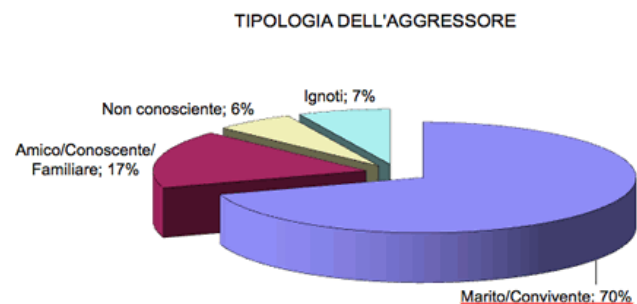


Fig.3

La violenza sessuale in genere si ripete e le donne più a rischio sono quelle fra i 25 e i 40 anni, laureate o diplomate, separate o divorziate. Purtroppo questi dati ci rimandano ad una verità molto amara: la violenza sessuale non È più, come l'immaginario collettivo ci farebbe pensare, quella del bruto appostato dietro l'angolo della strada buia: la violenza sta in casa, nella coppia, nella famiglia; si confonde con gli affetti e la sua vittima È spesso indifesa ed isolata, senza alcuna

possibilità di reagire anzi, talvolta, se È una giovane vittima, utilizza come difesa l'identificazione con il suo aggressore.

A tal proposito, vorremmo ricordare come Ferenczi, nel suo articolo del 1932 su "La confusione delle lingue fra adulti e bambini", abbia descritto il meccanismo della genesi del trauma di un bambino che subisce un abuso sessuale e le difese messe in atto. L'autore coglie nel processo di "identificazione con l'aggressore" il momento in cui l'evento da extrapsichico diviene intrapsichico. Con questo concetto Ferenczi si riferisce a quelle situazioni in cui la vittima "elimina" la propria soggettività e, per sopravvivere, "diventa" esattamente come il suo aggressore ha bisogno che diventi, identificandosi con l'immagine che il suo aggressore ha di lei secondo un semplice ed ovvio principio: È meno angosciato pensare di aggredire piuttosto che essere aggredito.

Questo tipo di identificazione guida una dissociazione percettiva ed emotiva suggerendo al soggetto quali siano le percezioni, i pensieri ed i sentimenti da "eliminare" per non essere danneggiati dall'aggressore.

La dissociazione della vittima, per omologarsi alle tendenze dell'altro, le fa perdere ogni contatto con la propria vita emozionale. Tale tendenza può però persistere anche oltre al momento del pericolo e causare una vita emozionale che suona falsa, una sfiducia nelle proprie percezioni, una mancanza di convinzione riguardo alle proprie opinioni e di conseguenza, può alimentare una pronunciata disposizione alla remissività.

Il rischio maggiore, di fronte ad un trauma come la violenza sessuale, È infatti quello di far scattare un' anestesia emozionale come "salvavita" che protegge dal dolore ma fa rinunciare a vivere. Tuttavia, alcune parti della vittima appaiono ancora parzialmente integre e si oppongono alla totale perdita del Sé con moti di ribellione e di resistenza, difficilmente rilevabili. In effetti, come sottolinea Bolognini (2005): "... tutto ciò che non viene ricordato e detto ...rimane dentro come una indigeribile "palla di gomma" che graverà per sempre sull'equilibrio della persona fino a quando si arriverà all'elaborazione del trauma, dove il ricordo permetterà di ritrovare se stessi anche nel dolore".

Tomando a Ferenczi, l'aspetto più deleterio dell'identificazione con l'aggressore è rappresentato dal fatto che la vittima tenda a considerarsi il "cattivo" e pensi di essere la responsabile dell'abuso subito. L'Autore sottolinea infatti che: "il mutamento più importante provocato dall'identificazione per paura con il partner adulto, È l' introiezione del senso di colpa dell'adulto. Questa introiezione fa apparire come un'azione colpevole un gioco considerato fino a quel momento innocente". In effetti, per disculpare nella sua mente l'aggressore e continuare a pensarlo come un oggetto interno buono o per placarlo, la vittima può assumere su di sé la cattiveria dell'aggressore. Ne consegue confusione ed incertezza sulla responsabilità dell'evento: la vittima si sente colpevole, essendosi identificata con l'aggressore, ma nello stesso tempo le sue percezioni le suggeriscono che È innocente.

E' inutile sottolineare come le vittime di una violenza sessuale vadano incontro, nella fase iniziale, ad una serie di sintomi (Malacrea e Vasalli, 1990; Furniss, 1990; Dettore e Fuligni 1999):

- Sintomi fisici: infezioni veneree e urinarie, emorragie, lesioni traumatiche dell'apparato genitale o anale.
- Sintomi comportamentali: Disturbi del sonno (incubi o terrori notturni), disturbi dell'alimentazione (anoressia o bulimia), disturbi della condotta (in particolare aumento dei comportamenti autodistruttivi, aggressivi ed oppositivi), fughe da casa e comportamenti di evitamento, ritiro, somatizzazioni (enuresi diurna e notturna, dolori addominali e mal di testa acuti e cronici), condotte eccessivamente sessualizzate, masturbazione eccessiva e comportamenti seduttivi anche nei confronti di adulti.
- Sintomi affettivi: depressione, ansia, rabbia, ostilità, sensi di colpa, paura, angoscia, panico, vergogna.
- Sintomi cognitivi: disturbi dell'apprendimento, dell'attenzione, del rendimento scolastico.

Una violenza sessuale può influenzare la formazione della personalità della vittima ed i sintomi che provoca, cronicizzandosi, possono trasformarsi in veri e propri disturbi psichiatrici.

Le conseguenze che ne derivano possiedono la capacità di produrre effetti anche sulle generazioni successive integrandosi, pertanto, nell'ambito di un modello transgenerazionale (Merril et al, 2001). La letteratura internazionale sulla violenza in ambito domestico (Abrams et al., 2000) sottolinea, infatti, come i comportamenti violenti si trasmettano tra le generazioni e la violenza subita e di cui si È stati testimoni da piccoli aumenterebbe il rischio che il comportamento venga riprodotto da adulti.

Conseguenze Psicopatologiche e Psichiatriche della Violenza Sessuale

Prima di descrivere le conseguenze psichiatriche di una violenza sessuale ci preme sottolineare come queste, se si esclude il Disturbo Post-Traumatico da Stress, presentandosi con patologie aspecifiche lascino profondi dubbi sulla effettiva specificità del rapporto tra abuso sessuale e disturbi mentali susseguenti. Secondo alcuni, infatti, l'abuso sessuale potrebbe rappresentare soltanto un fattore slatentizzante una patologia psichica preesistente oppure, una conseguenza della psicopatologia stessa, già in atto, con effetti gravemente disturbanti le relazioni interpersonali (Manna et al., 2004).

Nella ricerca ISTAT del 2006 si sottolinea, comunque, che le donne che nel corso della vita hanno subito più violenze dai partner hanno sofferto di perdita di fiducia e di autostima (48,8%), sensazioni di impotenza (44,9%), disturbi del sonno (41,5%), ansia (37,4%), depressione (35,1%), difficoltà di concentrazione (24,3%), dolori ricorrenti in diverse parti (18,5%), difficoltà a gestire i figli (14,3%), idee di suicidio e autolesionismo (12,3%) (fig.4).

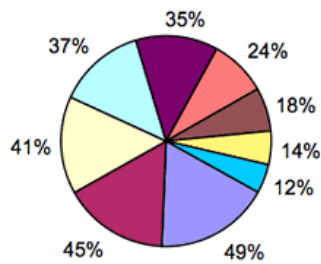
Fig.4

La violenza da non partner È percepita come meno grave di quella del partner.

Una violenza sessuale può provocare anche effetti sul comportamento quotidiano di una donna, in particolare il 22,6% ha dichiarato di stare più attenta quando esce, il 16,6% È diventata più fredda e più chiusa ed ha difficoltà ad instaurare relazioni, il 4,2% non ha più fiducia negli uomini ed evita strade isolate quando esce (3,2%), il 2,9% non È più tranquilla ed il 2,8% È diventata più aggressiva.

1. Disturbi della sfera sessuale Le vittime di violenza sessuale hanno mostrato una preponderante presenza di difficoltà sessuali: frigidità, impotenza, paura di contatti

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| ■ Perdita di fiducia e autostima | ■ Sensazioni d'impotenza | □ Disturbi del sonno |
| □ Ansia | ■ Depressione | ■ Difficoltà di concentrazione |
| ■ Dolori ricorrenti in diverse parti | □ Difficoltà a gestire i figli | ■ Idee di suicidio e autolesionismo |



Le percentuali si riferiscono ai sintomi e non al numero dei pazienti.

inquadrabili in un'ottica transgenerazionale (Buist e Jason, 2001).

3. Disturbi del comportamento In molti soggetti che hanno subito abusi sessuali durante l'infanzia sono stati evidenziati alti livelli di impulsività, comportamento auto, etero-aggressivo e tentativi di suicidio (Roy, 2001). In effetti, l'abuso sessuale può indurre una sensazione di helplessness (impotenza) dove, spesso, l'unica via di uscita È rappresentata dalle fantasie di morte (Brodski et al., 2001). Un'ampia osservazione epidemiologica, effettuata negli Stati Uniti, ha rilevato che almeno il 19% dei tentativi di suicidio si correla positivamente ad una storia di abuso sessuale in età infantile (Molnar et al., 2001) ed una metanalisi della letteratura internazionale ha confermato questi dati, soprattutto se l'abuso si protrae nel tempo (Evans et al., 2005).

Per quanto attiene il comportamento alimentare È stata rilevata una correlazione positiva tra l'abuso sessuale infantile e lo sviluppo di un disturbo bulimico (Romans et al., 2001; Rorty et al., 1994), sebbene questa evidenza continui ancora ad essere fonte di controversie (Pope et al., 1994). In effetti, la relazione tra disturbi del comportamento alimentare ed abuso sessuale È dibattuta e non del tutto dimostrata; ciò che appare interessante È che in diverse fasi dell'esistenza sembrano prevalere differenti attitudini a sviluppare disturbi dell'alimentazione od insoddisfazione per il proprio corpo come conseguenza di abusi sessuali (Garfinkel et al., 1995). In particolare, nelle donne giovani l'abuso sessuale pregresso sembrerebbe predire un aumento dell'insoddisfazione corporea e ponderale, piuttosto che lo sviluppo di disturbi del comportamento alimentare, mentre nelle donne di mezza età il pregresso abuso sessuale sarebbe in relazione alla presenza di disordini alimentari (Kenardy e Ball, 1998). Esisterebbe, infine, una maggior correlazione fra abuso sessuale infantile e disturbi della condotta alimentare del tipo "purging behaviours" (abuso di lassativi, diuretici, o comportamenti di rigetto del cibo) rispetto ai "no purging behaviours" (anoressia nervosa con restrizioni alimentari e il disturbo da alimentazione incontrollata) (Van Gerko et al., 2005). Si potrebbe concludere che, in generale, i disturbi del comportamento alimentare potrebbero rappresentare un tentativo di controllo, problematico e disadattivo, dei vissuti angoscianti innescati dall'abuso subito in tenera età.

4. Disturbi dell'adattamento e della vita di relazione Nei soggetti abusati È presente una tendenza a perpetrare uno stato di svalutazione personale, ricorrendo all'attuazione di comportamenti a rischio. Tale tendenza È stata confermata dal fatto che le donne abusate sessualmente in età infantile tendono più frequentemente ad essere coinvolte in comportamenti delittuosi, a prostituirsi e ad utilizzare la sessualità come merce di scambio per ottenere favori, droghe e miglioramenti sociali; sarebbero anche più prone a comportamenti a rischio nel contrarre l'HIV (Coid et al., 2001). Le donne abusate durante l'infanzia hanno un alta percentuale di subire un altro abuso in età adulta. Un'indagine effettuata a Londra ha individuato che la maggior parte delle donne che avevano subito uno stupro in età infantile ne subiva un altro in età adulta (ibid.). Anche gli adolescenti in carcere per abusi sessuali, a loro volta, sono risultati, più frequentemente degli altri, vittime dello stesso tipo di abuso (Jonson-Reid e Way, 2001).

L'aver subito abusi fisici e sessuali peggiora nelle madri la capacità di sviluppare attitudini materne ottimali, provocando severi disturbi comportamentali nei figli a causa di una inadeguata educazione (Dubowitz et al., 2001). In questi casi la competenza genitoriale, un'acquisizione che si basa su modelli interiorizzati delle figure di attaccamento, può presentare una distorsione favorendo la formazione di un genitore maltrattante o mettendo in atto modalità di accudimento disturbante, quali un comportamento eccessivamente adesivo, affettivamente intrusivo e globalmente inadeguato, pur in assenza di condotte di abuso fisico.

Le vittime di abusi sessuali hanno serie difficoltà nel costruire e tollerare relazioni intime. In uno studio di Colman e Spatz Widom (2004) è emerso che sia le donne, sia gli uomini vittime di abusi e/o maltrattamenti infantili, hanno più alti indici di abbandoni, divorzi e relazioni coniugali disfunzionali rispetto al gruppo di controllo. Le donne sposate, rispetto agli uomini, sono più inclini ad avere una percezione negativa del rapporto con il partner attuale, considerato non supportivo e disattento ed a commettere un tradimento, anche con più partners. Sono quindi le donne abusate e maltrattate nell'infanzia a presentare un rischio maggiore di esperire relazioni intime disfunzionali, caratterizzate da insoddisfazione ed infedeltà. Sembra, comunque che, in entrambi i sessi, l'abuso ed il maltrattamento riduca le barriere psicologiche contro il divorzio e predisponga ad una instabilità dei rapporti.

Per quanto attiene gli aspetti sociali del fenomeno del maltrattamento È stato dimostrato che le famiglie abusive, rispetto a quelle che forniscono adeguate cure ai figli, sono più isolate socialmente e mostrano bassi livelli di integrazione nella comunità. Le loro attitudini ed i loro sentimenti verso il prossimo sono peggiori di quelli dei genitori non abusanti, dimostrando una incapacità di trarre sostegno dalle fonti che la società offre loro (Garcia e Musitu, 2003).

Riconoscere che il maltrattamento infantile non È soltanto un problema dei singoli individui e delle vittime, ma anche dell'ambiente sociale nel quale queste persone vivono, È un primo passo da raggiungere nei programmi di prevenzione al fenomeno dell'abuso. La comunità può e deve, infatti, svolgere un ruolo importante per prevenire l'isolamento sociale di queste famiglie.

5. Abuso di sostanze L'abuso sessuale È un importante fattore di rischio per l'abuso di sostanze stupefacenti. Coloro che hanno subito abusi sessuali nell'infanzia o nell'adolescenza hanno circa il 30-35% di possibilità in più, rispetto ai soggetti non abusati, di diventare dipendenti da oppiacei (Heffernan et al., 2000; Janikowski e Glover-Graf, 2003). Esiste, pertanto, una chiara propensione all'uso di sostanze da parte degli adolescenti, precedentemente vittime di maltrattamenti. Inoltre, l'età di esordio dell'abuso di sostanze È più precoce nei soggetti abusati, che utilizzano spesso le sostanze come uno strumento autoterapico volto al contenimento di stati affettivi angoscianti (Harrison et al., 1997).

sessuali e promiscuità (Browne e Finkelhor, 1986).

2. Disturbi della sfera affettiva Sul piano strettamente sintomatico sono molto diffusi nelle vittime di abusi sessuali infantili sentimenti d'inferiorità, di vergogna ed un basso livello di autostima (Malacrea e Vasalli, 1990). L'ambiente familiare svolge un ruolo determinante nell'insorgenza di un disturbo depressivo che È più frequente dove È presente un ambiente disfunzionale, dominato da figure genitoriali inadeguate (Gladstone e Parker, 1999). Chi ha subito un generico maltrattamento può avere buone possibilità di non contrarre una depressione maggiore (Hill et al., 2001) che È più frequente in coloro che hanno subito anche un abuso sessuale. Questo fatto sembrerebbe indicare un diverso percorso della patologia depressiva legato ai differenti tipi di maltrattamento (fisico, psichico o sessuale). L'abuso sessuale infantile È correlato, inoltre, ad una maggiore incidenza di depressioni post-partum determinando un pesante impatto sulla relazione madre-bambino e sulle future implicazioni

Anche il tipo di abuso sessuale, cioè la sua gravità in termini di solo contatto o di rapporto completo, condiziona la possibilità di sviluppare in età adulta un abuso di sostanze (Kendler et al., 2000).

A tal proposito alcuni ricercatori (Moran et al., 2004) hanno verificato il rapporto tra i vari tipi di abuso (fisico, sessuale ed emotivo) subito prima dei diciotto anni e l'uso di sostanze (tabacco, alcool e droghe) durante l'adolescenza, somministrando un questionario anonimo in varie scuole secondarie. I risultati hanno mostrato che tutti i tipi di maltrattamento sono collegati con livelli più alti d'uso dei diversi tipi di sostanze. Tuttavia, la correlazione tra maltrattamento ed uso di sostanze è più bassa nel caso dell'abuso emotivo, rispetto all'abuso fisico ed a quello sessuale e la correlazione più significativa si ha nel caso di una combinazione di abuso fisico e sessuale. Lo studio ha anche dimostrato che gli effetti di tutte le forme di maltrattamento non sono soggetti a differenze di genere per quanto riguarda l'abuso dell'alcool e del tabacco; esistono, invece, differenze nell'uso di droghe. Gli uomini vittime di una combinazione di abusi (fisico e sessuale) sono più inclini, rispetto alle donne, all'uso delle droghe, mentre le femmine che hanno subito abusi fisici sono più propense all'uso di droghe rispetto ai maschi vittime dello stesso maltrattamento.

6. Disturbi di personalità Numerosi studi ritengono che l'abuso sessuale infantile rappresenti un fattore di rischio per lo sviluppo di un disturbo di personalità in età adulta (Johnson et al., 1999); in particolare, il disturbo borderline di personalità presenta una significativa correlazione con la presenza di eventi traumatici (Rutter e Maughan, 1997) associandosi più frequentemente alle storie di abuso (Berti et al., 1999).

Secondo Johnson et al. (2000) differenti tipi di traumi svilupperebbero, in seguito, differenti disturbi di personalità: la violenza psicologica rappresenterebbe una concausa dello sviluppo di personalità evitanti o paranoidi, mentre la violenza fisica o l'abuso sessuale sembrerebbero maggiormente connesse allo sviluppo, in età adulta, di personalità schizoidi, borderline o passivo-aggressive. I tratti di personalità dipenderebbero, invece, da colui che ha commesso l'abuso; ad esempio le donne abusate dai parenti sarebbero molto più resistenti all'apertura verso esperienze e risulterebbero più introversive rispetto a quelle abusate da persone esterne alla famiglia (Talbot et al., 2000).

Esisterebbero, infine, alcune caratteristiche che predispongono allo sviluppo di un disturbo di personalità quali il genere femminile, l'abuso sessuale subito da uno sconosciuto, il diniego emotivo da parte del padre e la comprensione insufficiente della madre (Zanarini et al., 1997).

7. Disturbi dissociativi L'abuso sessuale, rispetto ad altre forme di maltrattamento infantile, induce più frequentemente la comparsa di disturbi dissociativi. In effetti alcuni autori hanno messo in evidenza un'alta correlazione fra i traumi precoci sia fisici, sia sessuali e la dissociazione in età adulta (Butzel et al., 2000; Low et al., 2000). La relazione tra dissociazione ed abusi sessuali rimane, comunque, in realtà non del tutto chiarita. Risulta, infatti, che i sintomi dissociativi sono connessi con il disturbo di personalità borderline e che il disturbo di personalità borderline, a sua volta, in relazione con l'abuso sessuale, che non si correla significativamente in modo diretto con lo sviluppo di disturbi dissociativi (Zweig-Frank et al., 1994). Tutto ciò sembrerebbe indicare all'origine di tale disturbo una eziologia indiretta e multifattoriale.

Liotti (1999) ha ipotizzato, invece, la possibilità che tali disturbi si sviluppino nell'età adulta, nell'evoluzione di bambini con esperienze di abuso, valutati a 12-18 mesi alla Strange Situation, con un attaccamento disorganizzato-disorientato. Secondo l'A., infatti, soggetti che hanno subito un abuso sessuale e che presentano un pattern di attaccamento di tipo disorganizzato-disorientato hanno una maggiore probabilità di sviluppare da adulti un disturbo dissociativo. A tal proposito è interessante notare la presenza di somiglianze fenomeniche fra la dissociazione clinica (come definita nella nosografia psichiatrica attuale) ed il comportamento di attaccamento infantile disorganizzato osservato nella Strange Situation che è rappresentato da espressioni simili alla trance o di stordimento, manifestazione simultanea o consecutiva di sistemi comportamentali contraddittori e cambiamenti disorientati, disorientanti ed improvvisi nella postura e nei pattern di movimento. È probabile che il potere di facilitare risposte dissociative, causato dall'attaccamento disorganizzato nella prima infanzia, rimanga a livello subclinico durante l'adolescenza e l'età adulta (Ogawa et al., 1997) e possa riattivarsi di fronte ad esperienze traumatiche. Tutti i risultati delle ricerche e degli studi finora condotti, nel loro insieme, non disconfermano l'ipotesi che l'attaccamento disorganizzato infantile sia una componente importante di un percorso di sviluppo che può portare ad aspetti dissociativi durante la fase adolescenziale o nella vita adulta.

8. Disturbi psicosomatici I disturbi psicosomatici sono principalmente rappresentati dai disturbi da somatizzazione (Sindrome di Briquet, Sindrome da Colon Irritabile) e dalle convulsioni epilettiformi suggerendo l'ipotesi che il trauma induca una profonda alterazione del vissuto corporeo (Alper et al., 1993; Walker et al., 1993; Pribor et al., 1993).

Semberebbe che le lamentele somatiche nell'adulto, in termini di dolore riferito, siano più frequenti in soggetti che hanno subito vari gradi di molestie sessuali o somatiche accompagnate da dolore fisico (Raphael et al., 2001). In realtà vi sono studi che confermano come l'interiorizzazione di esperienze negative e violente, quali la brutalità tra genitori, la brutalità tra figli e genitori e l'abuso sessuale stesso, conducano ad una maggiore sensibilità dolorifica; evidentemente è come se nel bambino il subire o l'aver subito sollecitazioni dolorose abbassasse la soglia di percezione del dolore stesso, mantenendola tale anche in età adulta (Zlot et al., 2000).

9. Disturbo post traumatico da stress L'esito a lungo termine di un abuso sessuale è rappresentato, spesso, dal Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) (Rodriguez et al., 1996). Oltre il 30% delle donne che hanno subito un abuso sessuale sviluppa un PTSD (Foa e Street, 2001). Risulta, tuttavia, difficile discriminare il ruolo svolto dall'episodio isolato o ripetuto di abuso sessuale rispetto all'intervento di altri fattori di rischio, quali la vittimizzazione infantile, la presenza di un ambiente disfunzionale od una vulnerabilità genetica. In effetti, la collocazione del bambino in un contesto intersoggettivo inadeguato lo espone alla possibilità di subire un ulteriore trauma ponendo, di conseguenza, la questione relativa all'attribuzione della responsabilità dell'induzione del PTSD all'evento originario (abuso sessuale) o al successivo trauma intercorso. In una recente ricerca è stato, infatti, dimostrato che la cronicità dell'abuso sessuale ed il fatto che si tratti di un abuso intrafamiliare, non sono fattori in grado di predire nel soggetto un futuro PTSD (Collin-Vezina e Hebert, 2005).

L'emergenza di un PTSD sembrerebbe più probabile in persone che non sono state in grado di rivelare l'episodio di abuso; gli stessi pazienti psichiatrici sarebbero in grande difficoltà a rivelarne un episodio ed a discuterne con il proprio psichiatra (Wurr e Partridge, 1996).

Fattori di Rischio e di Protezione Prima di concludere vorremmo accennare ai fattori di rischio ed a quelli di protezione (resilience) che contribuiscono ad ampliare o ad attenuare le conseguenze di una violenza sessuale.

Fra i fattori di rischio l'età della vittima rappresenta un fattore molto importante essendo inversamente correlata alla gravità del danno psicopatologico: minore è l'età del bambino, maggiore è l'effetto del trauma. In tali situazioni il bambino si trova a sperimentare emozioni che superano largamente le sue capacità di elaborazione e di contenimento. Non meraviglia, quindi, che nel bambino vengano attivate difese primitive quali la negazione, la scissione, la proiezione e, talora, l'identificazione proiettiva. In realtà, anche in età adulta, un trauma può provocare una regressione, la cui entità è proporzionale all'intensità del trauma, ma anche alla maturità emotiva del soggetto

abusato.

Va sottolineato, tuttavia, come non sempre, eventi traumatici siano seguiti da una evoluzione psicopatologica. L'esito dell'esposizione ad un trauma, come una violenza sessuale, È connesso alla gravità ed alle caratteristiche del trauma stesso. L'impatto negativo della esperienza traumatica può variare considerevolmente a seconda che si tratti di un unico episodio o di più episodi che si susseguono nel corso degli anni. Le vittime coinvolte in una lunga serie di abusi subiscono le conseguenze più gravi e mostrano più spesso disturbi emotivi cronici. L'invasività dell'atto sessuale, l'uso della forza o della violenza ed il legame di parentela sono anch'essi elementi che influenzano gli esiti e le conseguenze dell'abuso. La coercizione non si manifesta solo con la forza fisica, ma più spesso, specie nell'incesto, attraverso forme di pressione psicologica connesse alla relazione di dipendenza affettiva ed esistenziale del minore nei confronti del genitore.

Una importanza fondamentale fra i fattori di rischio È rivestita dalla modalità di relazione di attaccamento e dai relativi modelli operativi che la caratterizzano. Si pone, quindi, l'attenzione sulle prime esperienze relazionali infantili come possibile fattore di rischio o di protezione per lo sviluppo di un disturbo psicopatologico e la trasmissione intergenerazionale dei modelli di attaccamento disfunzionali.

Numerosi studi hanno dimostrato come la sicurezza dell'attaccamento costituisca un fattore di protezione nei confronti della psicopatologia (Fonagy, 2001). Al contrario, invece, l'attaccamento insicuro-evitante e quello insicuro-resistente comportano un deficit sia nel sistema di regolazione delle emozioni, sia nello sviluppo di una teoria della mente ma, nonostante ciò, non sembrano capaci di per sé di provocare disturbi psicopatologici (Caviglia, 2005). Sono, invece, sempre più numerosi gli studi clinici ed epidemiologici che suggeriscono come la disorganizzazione dell'attaccamento nel primo anno di vita possa costituire un fattore di rischio per alcuni disturbi psicopatologici, soprattutto se associato a successivi eventi traumatici (Liotti, 2001).

Al contrario, va sottolineato come la presenza di una serie di fattori protettivi (resilience) possa ridurre nelle vittime l'impatto dell'abuso e/o del maltrattamento (Pearce e Pezzot-Pearce, 1997). In realtà, un terzo delle vittime di violenza sessuale, non mostrano, nel corso del loro sviluppo, disfunzioni rilevanti potendo diventare adulti ben adattati (Dettore, 1999). Infatti, non sempre eventi traumatici sono seguiti da una evoluzione psicopatologica.

Lo stadio dello sviluppo del minore influisce sulla interpretazione e sulla comprensione dell'atto abusivo stesso. Alcuni bambini molto piccoli possono non comprendere di essere stati abusati, diventandone consapevoli solo quando crescono. Rutter (1993) riferisce, inoltre, come un Q. I. al di sopra della media ed un buon rendimento scolastico costituiscono dei fattori protettivi, in quanto aumentano l'autostima ed il senso di autoefficacia, attenuando l'impatto di eventi traumatici.

Oltre alla sicurezza dell'attaccamento come fattore di protezione nei confronti della psicopatologia (Fonagy, 2001) anche le reazioni degli altri membri della famiglia all'evento incestuoso ed al suo svelamento hanno un peso considerevole nel determinare o contenere gli effetti psicopatologici sulla vittima. Per esempio, nell'incesto padre-figlia si osservano conseguenze assai diverse se la madre si schiera a protezione della vittima o se non crede od È collusiva o passiva nei confronti dell'incesto; anche l'atteggiamento di eventuali fratelli può avere effetti significativi.

Sirles e Franke (1989) hanno studiato i fattori che influenzano la reazione delle madri di fronte a casi di abuso sessuale intrafamiliare. Fra le madri appartenenti al campione il 78% credeva alle dichiarazioni del figlio, contro il 22% che invece non gli credeva. Tre variabili relative alle caratteristiche dell'abuso si sono dimostrate importanti nel predire la reazione materna. La prima variabile riguarda chi commette l'abuso; il 92% delle madri credono alla presenza dell'abuso se È stato commesso da membri della famiglia estesa (cugino, zio), mentre se È stato compiuto dal padre naturale la percentuale scende all' 86% e scende ancora fino al 56% nel caso sia sospettato il patrigno od il partner attuale. La seconda variabile È relativa alla natura dell'abuso. Se i contatti con i genitali dell'abusatore o del bambino sono stati orali o manuali la maggior parte delle madri crede ai racconti dei figli, mentre ritengono che il fatto È meno probabile che sia accaduto se il contatto È avvenuto tra genitali-genitali, sia nel caso di un rapporto anale, sia vaginale. L'ultima variabile È rappresentata dal luogo in cui si trova la madre al momento del fatto: crede con più probabilità al figlio se al momento dell'abuso non È presente. Anche tra le variabili situazionali sono emersi tre fattori significativi. Uno di questi È rappresentato dall'età della vittima: le madri credono maggiormente alla figlia in età prescolare (95%) rispetto ad una teenager (63%). Inoltre, nel caso di figli vittime di abusi sia fisici sia sessuali, le madri sono meno portate a creder loro rispetto alla sola presenza di abuso sessuale. Sembra, infine, che precedenti storie di abusi di alcool da parte degli abusatori influenzino la reazione materna, nel senso che la madre appare meno propensa a credere al racconto del figlio.

Inoltre, se c'È tolleranza sociale e culturale dell'abuso e le reazioni della comunità nei confronti del bambino e della famiglia sono dirette verso il sostegno, vi saranno minori rischi di stigmatizzazione. Lo stesso potrà avvenire se i servizi sociali forniscono un adeguato aiuto ed una tutela al bambino ed alla sua famiglia. È, infine, importante che le pratiche investigative siano sensibili alle esigenze del minore e che la procedura giudiziaria sia veloce.

Conclusioni

Per concludere, l'esito dell'esposizione ad un trauma come un abuso sessuale È certamente connesso alla "gravità" ed alla tipologia del trauma in se, ma anche ad altre variabili quali le caratteristiche temperamentali del soggetto ed il sostegno offerto dall'ambiente esterno, che non può prescindere dalla modalità della relazione di attaccamento nel periodo infantile e dai relativi modelli operativi che l'hanno caratterizzata.

E' necessaria ed indispensabile, per controbilanciare un evento esterno così grave e catastrofico, la presenza di un contesto multidisciplinare, sensibile e "mentalizzante" (Bateman e Fonagy, 2004), che sostenga la persona e l'aiuti nel suo bisogno di integrare ed elaborare questa traumatica esperienza. Affinché ciò si realizzi È essenziale la partecipazione delle istituzioni attraverso la realizzazione di centri antiviolenza non sempre presenti in tutte le realtà toscane.

Riferimenti

- 1. Abrams M.L., Belkap J., Melton H. When domestic violence kills: The formation and findings of the Denver metro domestic violence fatality review team. 2000 Denver, Colorado, Project Safeguard.
- 2. Alper, K., Devinsky, O., Perrine, K., Vazquez, B., Luciano, D. Non epileptic seizures and childhood sexual and physical abuse; *Neurology*, 1993, 43: 1950-1953.
- 3. Bateman a., Fonagy P. Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente Borderline. Milano, Raffaello Cortina, 2004
- 4. Berti, A., Firpo, S., Ghio, L., Lavagna, L.: Conseguenze psicopatologiche dell'abuso sessuale. In: Acconci, M., Berti, A. (Eds). Grandi reati, piccole vittime. Genova: Erga edizioni, 1999.

- 5. Brodski, B.S., Oquendo, M., Ellis, S.P., Haas, G.L., Malone, K.M.: The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behaviour in adults with major depression; *Am. J. Psychiatry*, 2001, 158: 1871-7.
- 6. Browne, A., Finkelhor, D.: Initial and long-term effect: a review of the research. In: Finkelhor, D. et al. (Eds). *A sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills: SAGE publication, 1986.
- 7. Buist, A., Jason, H.: Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression, a 3 year follow up study; *Child Abuse and Neglect*, 2001, 25: 909-21.
- 8. Butzel, J.S., Talbot, N.L., Duberstein, P.R., Houghtalen, R.P.: The relationship between traumatic events and dissociation among women with histories of childhood sexual abuse; *J.Nerv. Ment. Dis.*, 2000, 188: 547-9.
- 9. Caviglia G. *Teoria della mente, attaccamento disorganizzato, psicopatologia*. Roma, Carocci, 2005.
- 10. Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardons, J., Moorey, S.: Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimization in women: a cross sectional survey; *Lancet*, 2001, 11: 358-370.
- 11. Collin-Vezina, D., Hebert, M.: Comparing dissociation and PTSD in sexually abused school-aged girls; *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2005, 193(1) : 47-52.
- 12. Colman, R.A., Spatz Widom, C.: Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prespective study; *Child Abuse and Neglect*, 2004, 28: 1133-1151.
- 13. Dettore, D., Fuligni, C.: *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill, 1999.
- 14. Dubowitz, H., Black, M.M., Kerr, M.A., Hussey, J. M., Morrel, T.M.: Type and timing of mother's victimization: effects on mothers and children; *Pediatrics*, 2001, 107: 728-35.
- 15. Evans, E., Hawton, K., Rodham, K.: Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies; *Child Abuse and Neglect*, 2005, 29: 45-58.
- 16. Ferenczi, S.: Confusioni delle lingue fra adulti e bambini. In: *Fondamenti di Psicoanalisi*, Vol. 3. Rimini: Guaraldi, 1974.
- 17. Foa, E.B., Street, G.P: Women and traumatic events; *J.Clin.Psychiatry*, 2001, 62: 29-34.
- 18. Fonagy P. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano, Raffaello Cortina Ed., 2002
- 19. Freud S. (1899) *L'interpretazione dei sogni*. In OSF. Vol III. Torino, Boringhieri, 1966.
- 20. Freud S. (1905) *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In OSF. Vol IV. Torino, Boringhieri, 1970.
- 21. Freud S. (1905) *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*. In OSF. Vol V. Torino, Boringhieri, 1972.
- 22. Freud S. (1908) *Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (caso clinico del piccolo Hans)*. In OSF. Vol V. Torino, Boringhieri, 1970.
- 23. Freud S. (1910) *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (caso clinico del presidente Schreber)*. In OSF. Vol VI. Torino, Boringhieri, 1974.
- 24. Freud S. (1913) *Totem e Tabù*. In OSF. Vol VII. Torino, Boringhieri, 1975.
- 25. Freud S. (1915) *Considerazioni attuali sulla Guerra e sulla morte. Il nostro modo di considerare la morte*. In OSF. Vol VIII. Torino, Boringhieri, 1976.
- 26. Freud S. (1915) *Metapsicologia. Pulsioni e loro destini*. In OSF. Vol VIII. Torino, Boringhieri, 1976.
- 27. Freud S. (1920) *Al di là del principio del piacere*. In OSF. Vol IX. Torino, Boringhieri, 1977.
- 28. Furniss, T: *L'abuso sessuale del bambino nella famiglia: valutazione e conseguenze*; *Il Bambino Incompiuto*, 1990, 3: 49-57
- 29. Galdstone, G., Parker, G.: Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse; *Am. J. Psychiatry*, 1999, 159: 431-437.
- 30. Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S.: Bulimia nervosa in a canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups; *Am. J. Psychiatry*, 1995, 152: 1052-8
- 31. Garcia, E., Musitu, G.: Social isolation from communities and child maltreatment: a cross-cultural comparison; *Child Abuse and Neglect*, 2003, 27: 153-168.
- 32. Harrison P.A., Fulkerson JA., Beebe TJ. Multiple substance use among adolescent physical and sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect* 1997, 21:529-539
- 33. Heffernan, K., Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P.M., Portera, L.: Childhood trauma as correlate of lifetime opiate use in psychiatric patients; *Add. Behav.*, 2000, 25: 797-803.
- 34. Hill, J., Pickles, A., Burnside, E., Byatt, M., Rollinson, L.: Child sexual abuse. Poor parental care and adult depression: evidence for different mechanism; *Br. J. Psychiatry*, 2001, 179: 104-109.
- 35. Kernberg O.F. (1975) *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Torino, Boringhieri, 1978.
- 36. Kenardy, J., Ball, K.: Disordered eating, weight dissatisfaction and dieting in relation to unwanted childhood sexual experiences in a community sample; *J. Psychosom. Res.*, 1998, 44: 327-33.
- 37. Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M.: Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. An epidemiological and cotwin control study; *Arch. Gen. Psychiatry*, 2000, 57: 953-9.
- 38. Kohut H. (1977) *La guarigione del SÈ*. Torino. Boringhieri, 1970.
- 39. Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A.B., Lozano R. (eds) *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 40. Janikowski, T. P., Glover-Graf, N. M.: Qualifications, training and perceptions of substance abuse counselors who work with victims of incest; *Additive Behaviour*, 2003, 66, 3: 521- 530.
- 41. Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., Bernstein, D. P: Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood; *Arch. Gen. Psychiatry*, 1999, 56: 600-6.
- 42. Johnson, J.G., Smailes, E.M., Cohen, P., Brown, J., Bernstein, D.J.: Association between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community based longitudinal study; *J. Personal. Disord.*, 2000, 14: 171-187.
- 43. Jonson-Reid, M., Way, I.: Adolescent sexual offenders: incidence of childhood maltreatment, serious emotional disturbances and prior offenses; *Am. J. Orthopsychiatry*, 2001, 71: 120-30.
- 44. ISTAT (2006) *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2007
- 45. Liotti G. Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J Solomon, C. George (a cura di) *Attachment*

Disorganization, New York, The Guilford Press, 1999

- 46. Liotti G. Le opere della coscienza, Milano, Raffaello Cortina, 2001
- 47. Low, G., Jones, D., MacLeod, A., Power, M.: Childhood trauma, dissociation and selfharming behaviour: a pilot study; Br. J. Med. Psychol, 2000, 73: 269-78.
- 48. Malacrea, M., Vasalli, A.: Segreti di famiglia. L'intervento nei casi d'incesto. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1990.
- 49. Manna V., Daniele MT., Pinto M.: Fattori etiopatogenetici del disturbo borderline di personalità. Giornale Italiano di Psicopatologia, 2004, 10, 102-122
- 50. Merrill, L.L., Thomsen, C.J., Golog, S.R., Milner, J.S.: Childhood abuse and preliminary sexual assault in male; Navy recruits. J. Consult. Clin. Psychol., 2001, 69: 252-61.
- 51. Molnar, B.E., Buka, S.L., Lessler, R.C.: Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey; Am. J. Public Health, 2001, 91: 753-60
- 52. Moran, P.B., Vuchinich, S., Hall, N.K.: Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence; Child Abuse and Neglect, 2004, 28: 565-574.
- 53. Ogawa J. R., Sroufe L.A., Weinfield N.S., Carlson E.A., Egeland B. Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. Development and Psychopathology, 9: 855-879, 1997
- 54. Pearce, J.W., Pezzot-Pearce, T.D.: Psychotherapy of abused and neglected children. New York/London: The Guilford Press, 1997.
- 55. Pope, H.G., Mangweth, B., Negrao, A. B., Hudson, J.I., Cordas, T.A.: Childhood sexual abuse and bulimia nervosa: a comparison of american, austrian, and brazilian women; Am J. Psychiatry, 1994, 151: 732-7.
- 56. Pribor, E.F., Yutzy, S.H., Dean, J.T., Wetzel, R.D.: Briquet's syndrome, dissociation, and abuse; Am. J. Psychiatry, 1993, 150: 1507-11.
- 57. Raphael, K. G., Widom, C. S., Lange, G.: Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation; Pain, 2001, 92: 283- 93.
- 58. Rodriguez, N., Ryan, S.W., Rowan, A.B., Foy, D.W.: Post-traumatic stress disorder in a clinical sample of adult survivors of childhood sexual abuse; Child Abuse and Neglect, 1996, 20: 943-52.
- 59. Romans, S.E., Gendall, K.A., Martin, J.L., Mullen, P.E.: Child sexual abuse and later disordered eating: a New Zealand epidemiological study; Int. J. Eat. Disord., 2001, 29: 380-92
- 60. Romito, P. Dalla padella alla brace. Donne maltrattate, violenza privata e complicità pubbliche. Polis, 1999, XIII, 2: 235-254
- 61. Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E.: Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa; Am. J. Psychiatry, 1994, 151: 1122-6.
- 62. Rutter, M.: Resilience: some conceptual considerations; Journal of Adolescent Health, 1993, 14: 626-631.
- 63. Rutter, M., Maughan, B.: Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology; J. Personal. Disord., 1997, 11: 4-18.
- 64. Sirtes, E.A., Franke, P.J.: Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse. Child Abuse and Neglect, 1989, 13: 131-139.
- 65. Talbot, N. L., Duberstein, P. R., King, D. A., Cox, C., Gile, D. E.: Personality traits of women with a history of childhood sexual abuse; Comprehensive Psychiatry, 2000: 130-136.
- 66. Van Gerko, K., Huges, M.L., Hamill, M., Walzer, G.: Reported childhood sexual abuse and eating-disordered cognitions and behaviors; Child abuse and Neglect, 2005, 29: 375-382.
- 67. Walker, E.A., Katon, W.J., Roy-Byrne, P.P., Jemelka, R.P., Russo, J.: Histories of sexual victimization in patients with bowel syndrome or inflammatory bowel disease; Am. J. Psychiatry, 1993; 150: 1502-6.
- 68. Wilkinson R.G. Social relations, hierarchy and health. In Tarlov A.R. St Peter R.F. (eds). The society and population health reader. Vol II. New York (NY), New Press, 2000
- 69. Wurr, C.J., Partridge, I.M.: The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population; Child Abuse and Neglect, 1996, 20: 867-72.
- 70. Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B.: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder; Am.J.Psychiatry, 1997, 154: 1101-6.
- 71. Zlot, S. I., Hermann, M., Hofer-Mayer, T., Adler, M., Adler, R. H.: Childhood experiences and adult behavior in a group of women with pain accounted for by psychological factors and a group recovered from major depression; Int. J. Psychiatry, 2000, 30 : 261-75.
- 72. Zweig-Frank, H., Paris, J., Gudzer, J.: Dissociation in male patients with borderline and non-borderline personality disorder; J. Personal. Disord, 1994, 8: 210-8.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.