

Abuso sessuale nel sesso maschile: quando la sofferenza di psiche e soma si fonde

Sexual abuse in males: when psychic and somatic suffering blends

E. di Giacomo^{1,2}, A. Alamia¹, F. Cicolari¹, V. Cimolai¹, T. Tabacchi¹, M. Clerici^{1,2}

¹Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, DNTB, Università di Milano "Bicocca"; ²DSM Azienda Ospedale "S. Gerardo", Monza (MB)

Summary

Background

Sexual abuse is a traumatic event with heavy consequences in terms of clinical implications and life quality or quantity. Violence against males is often neglected for many reasons, but is nevertheless as important as female's and more frequent than common opinion supposes.

Materials and methods

We analyzed the evidence based literature published over the last 5 years (283 research papers and reviews), including previous publications and book chapters if linked.

Results

Beginning from its epidemiology, which shows how dramatically it is widespread to analysis of consequences, we then analyze therapeutic possibilities about what is known and documented.

Conclusions

We affirm that this problem cannot be ignored, and that it should be addressed in preventive efforts and early intervention. Finally, we stress that further research is necessary.

Key words

Sexual abuse • PTSD • 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 come la tendenza a porsi in condizioni di rischio perpetuando il trauma e le percezioni che del fenomeno hanno società e istituzioni. 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, con particolare attenzione al fenomeno maschile, al suo rapporto con un possibile sviluppo di PTSD o di altre patologie psichiatriche, nonché le opzioni di trattamento rispetto agli aspetti invalidanti del trauma, ha comportato l'analisi della letteratura *evidence based* degli ultimi 5 anni, senza trascurare quanto pubblicato in precedenza e ritenuto necessario alla presente trattazione. Per essere precisi sono stati

analizzati 283 articoli di ricerca e review, selezionati nei database PubMed, Embase e PsychInfo, adoperando come parole chiave *Male Sexual Abuse, Post Traumatic Stress Disorder, Therapy AND Sexual Abuse, Sexual Abuse AND Outcomes*, oltre a capitoli di libro inerenti e manuali internazionalmente riconosciuti per la definizione e le caratteristiche di quanto descritto.

Criteri di esclusione sono stati adoperati per quanto riguarda il genere e la puntuale attribuzione delle conseguenze ad una causa specifica, quale l'abuso sessuale in oggetto, in particolare per ciò che attiene la trattazione dello sviluppo di disturbo post traumatico da stress.

Limiti e criticità

La presente trattazione si pone, come già specificato, l'obiettivo di valutare le conseguenze di violenza sessuale nel genere maschile. L'epidemiologia del fenomeno, dimostrerà la forte discrepanza tra la reale entità e quanto ufficialmente riportato dalle vittime. La importante quota "sommersa" del fenomeno, non permette di trovare in Letteratura, la medesima numerosità di dati scientifici rispetto al genere femminile. Si è quindi ponderato e optato per la necessità di riportare ugualmente conseguenze e terapie, anche se gli studi da cui sono tratti includono un campione di genere misto o femminile, con lo scopo

Correspondence

Ester di Giacomo, Dipartimento di Neuroscienze e Tecnologie Biomediche, Università di Milano "Bicocca", via Cadore 48, Monza (MB), Italia • Tel. +39 02 339346 • E-mail: ester.digiaco@yaho.com

di porre in evidenza quanto già noto per la popolazione femminile e sottolineare la necessità di tali evidenze anche nella popolazione maschile.

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, in buona parte degli ordinamenti giudiziari, come un crimine particolarmente grave e che presenta specifiche difficoltà per quanto riguarda la sua repressione penale. Spesso è considerato uno strumento di “guerra psicologica” da attuare sulle popolazioni dei territori occupati e, pertanto, viene classificato – in tal caso – anche come crimine di guerra.

Definizione di disturbo post-traumatico da stress (PTSD)

L'esposizione al trauma può essere primaria (vittime dirette), secondaria (testimoni diretti o parenti) o terziaria (soccorritori). La risposta all'evento trauma rimane comunque 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 (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*¹.

È stata recentemente pubblicata la versione V del Manuale Diagnostico e Statistico (DSM-5). Per il disturbo post-traumatico da stress, sono state introdotte alcune modifiche peculiari caratterizzando in modo specifico ciò che costituisce un evento traumatico.

L'abuso sessuale viene infatti esplicitamente incluso nella definizione di evento traumatico in grado di esitare nello sviluppo di PTSD. L'attenzione sintomatologica viene incrementata a livello dei sintomi comportamentali, quali rivivere l'evento, rifiuto, cognitivtà e timismo ridotti ed incremento dell'arousal.

Viene inoltre eliminata la distinzione fra disturbo acuto e cronico, specificando la necessità che la sintomatologia si manifesti per un periodo di tempo superiore al mese².

Epidemiologia nel sesso maschile

Secondo il *National Institute of Justice*, il 66% degli uomini ha subito almeno un'aggressione fisica nel corso della sua vita e il 3% almeno un episodio di stupro o di tentato stupro. Sia uomini che donne sono aggrediti prevalentemente da altri uomini³. Ciò che risulta importante sottolineare è come anche l'abuso sessuale negli uomini si riveli fenomeno ingente, con una stima di quasi 2 milioni e 800mila vittime nei soli USA³. I soggetti più a rischio per violenza sessuale sembrano essere gli uomini omo- e bisessuali tra i quali la prevalenza risulta essere del 27,6%. Parimenti, se si considera il numero di soggetti omo e bisessuali tra le vittime di abuso otteniamo una stima del 60%⁴. Le ragioni principali per cui questa popolazione sembra a maggior rischio sono le seguenti:

1. sono più a 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 sessuale;
2. va sempre considerato il rischio di aggressioni a sfondo omofobico.

Vi sono evidenze, poi, che costoro, pur subendo ferite più gravi rispetto alle donne, considerino la natura dell'aggressione come sessuale solo in casi di gravità estrema. Spesso, l'aggressore usa forza fisica (52,5%) e, nella maggior parte dei casi, la vittima subisce lesioni gravi (a livello anale e diffuse). Gli aggressori, spesso, 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 è in genere compresa tra 16 e 24 anni, probabilmente per una tendenza maggiore a porsi in situazioni a rischio e minore esperienza⁵.

Conseguenze psicologiche/psichiatriche

Diversi disturbi o condizioni di disagio psichico più o meno definito si correlano alle condizioni di abuso.

PTSD

Il PTSD, originariamente nato dall'analisi delle conseguenze riscontrate nei reduci del Vietnam, è poi stato applicato a tutte le vittime di eventi traumatici interpersonali e non⁶. Uno degli eventi traumatici più a rischio – per lo sviluppo di PTSD – è la violenza sessuale, con un'incidenza addirittura del 95% (47% per altri tipi di trauma). La natura sessuale dell'evento traumatico gioca un ruolo fondamentale, rispetto a traumi di differente natura, nello sviluppo non solo di PTSD ma anche di altri disturbi, come quelli della sfera sessuale (90% vs. 19%), depressione maggiore (75% vs. 44%) e disturbi del comportamento alimentare (53% vs. 6%). La possibilità

di sviluppo, invece, di altri disturbi inclusi nell'algoritmo diagnostico dei disturbi d'ansia, risulta meno significativa se si compara un trauma di tipo sessuale ad un trauma di natura differente⁷.

Oltre a disturbi singoli, l'abuso sessuale dà frequentemente luogo a condizioni psicopatologiche di comorbidità di cui le principali sono la depressione maggiore e l'abuso di sostanze (soprattutto alcool).

In uno studio recente⁸, emerge come il PTSD svolga un ruolo nevralgico nella psicopatologia che si instaurerebbe a seguito di un assalto sessuale. In particolare i ricercatori evidenziano come cambiamenti nella severità dei sintomi del PTSD nei primi 4 mesi a seguito di un'aggressione sessuale, comportino delle variazioni consensuali nella sintomatologia di condizioni comorbili di ansia e depressione. Tale rilievo suggerirebbe come il trattamento del PTSD possa avere un grande effetto benefico sul distress psichico globale delle vittime di violenza.

Depressione

L'incidenza di depressione maggiore, manifestata da uomini vittime di abuso sessuale, è stimata al 64%⁹. Tra i fattori causali risulta determinante il rapporto col 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 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 maggioranza dei casi restanti, il persecutore era un conoscente della vittima diverso dal partner⁶.

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.

È necessario, però, considerare la presenza di sintomi comuni alle due patologie valutando il rischio di diagnosticare una depressione sulla base di sintomi legati esclusivamente al PTSD. Tuttavia, è stato dimostrato che i cosiddetti sintomi *overlap* non sono in grado di spiegare completamente la comorbidità. L'84% dei soggetti con PTSD e depressione da moderata a severa, ha mantenuto la positività per depressione una volta esclusi i sintomi in comune tra le due malattie.

Sebbene alcuni studi sembrino negare una relazione tra fattori, quali la gravità dell'aggressione, lo stato di salute mentale prima dell'evento o una positività anamnestica per CSA (*childhood sexual abuse*) e l'insorgenza di PTSD associato a depressione (PTSD/MDD), i soggetti in cui si

riscontra la co-presenza delle due patologie manifestano sintomi più gravi di entrambe le malattie⁸.

I soggetti con PTSD isolato presentano una maggiore incidenza di CSA, mentre la popolazione con PTSD/MDD presenta disturbi dell'esame di realtà e dissociazione. Le esperienze dissociative sono spesso correlate ad una maggiore gravità delle conseguenze psicopatologiche. Da un punto di vista psicodinamico, interferiscono con la corretta integrazione dell'evento traumatico nella memoria del soggetto e sono associate a possibili meccanismi di negazione ed evitamento. La negazione e l'evitamento associati al PTSD conducono spesso all'isolamento, favorendo l'insorgenza di sintomatologia depressiva^{6,9}.

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, è lecito ritenere 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 psicologiche. Sembra però accertato che il CSA esponga ad una maggiore incidenza di *Intimate Partner Violence (IPV)* e di altri abusi nella vita adulta senza però, necessariamente, influire sulla gravità dei conseguenti disturbi mentali^{6,10,11,12}. La rivittimizzazione sembra, invece, un fattore maggiormente invalidante: traumi ripetuti ridurrebbero la capacità del soggetto di reagire ad un insulto successivo¹³.

Sfera sessuale

Molte vittime possono sviluppare confusione riguardo alla propria sessualità, sia tra gli omosessuali che tra gli eterosessuali. 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 reattivo. L'80% degli eterosessuali vittime hanno sviluppato crisi a lungo termine riguardo la proprio sessualità. 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 di orientamento omosessuale possono sviluppare turbe sessuali a lungo termine¹⁴, con possibili conseguenze nelle relazioni col partner. I disturbi possono quindi protrarsi per anni a seguito dell'abuso e variano dall'inattività alla promiscuità.

SUD

L'abuso di sostanze (SUD) merita un cenno a parte. L'abuso alcolico, come già detto, è la più frequente associa-

zione in caso di PTSD. Vi sono forti evidenze che il SUD insorga successivamente al PTSD¹⁴. L'alcool aumenta il rischio di rivittimizzazione per molteplici motivi: disturba i meccanismi autoprotettivi e le capacità di problem solving, rendendo più vulnerabile ad eventuali aggressori¹⁵; modifica, inoltre, l'impressione suscitata sull'uomo, che percepisce il soggetto come sessualmente più disponibile. Inoltre, esistono uomini che tendono a non considerare stupro l'aver rapporti sessuali con un soggetto "intossicato" che abbia abusato di sostanze in grado di far diminuire la sua capacità critica. Una delle teorie oggi più accreditate è, però, quella dell'auto-medicazione. L'alcol verrebbe usato per fronteggiare stati affettivi spiacevoli, tra cui quelli determinati dal PTSD e dal CSA. Di per sé, l'alcool, può avere un ruolo peggiorativo se si considera il suo ruolo di mediatore nella rivittimizzazione. Analoga funzione potrebbe essere attribuita all'abuso di altre sostanze (quali la marijuana o altre droghe d'abuso), ma mancano studi specifici al riguardo.

Il CSA può avere come conseguenza il PTSD, ma predisporrebbe a nuovi abusi senza che il PTSD sia necessariamente mediatore tra gli eventi. Le modificazioni psichiche determinate dall'abuso danno luogo a una serie di conseguenze tali da rendere la persona più esposta a ulteriori abusi, ulteriori traumi e aggravamento conseguente del PTSD e della salute psicofisica in generale.

Il punto di vista maschile

La tradizionale visione della mascolinità predica che gli uomini debbano essere forti, assertivi, sessualmente dominanti ed eterosessuali, e ha giocato, negli anni, un ruolo a favore della perpetuazione di falsi miti e credenze circa la possibilità che i maschi possano essere vittime di abuso sessuale o che questa non possa avere delle ripercussioni negative assimilabili a quelle prodotte sulle donne. Tali miti si sono poi radicati tanto nella psicologia, quanto nella medicina e nella legislazione¹⁶. Nella realtà gli uomini divengono vittime di assalti sessuali ad opera di altri uomini e donne nello stesso modo della controparte femminile¹⁷.

I preconcetti fondamentali sono che: gli uomini, al di fuori di contesti istituzionalizzati, non possono essere vittime di abuso; che l'incidenza del fenomeno è tanto rara da non meritare attenzione; che le vittime maschili sono maggiormente responsabili per l'aggressione sessuale rispetto alle donne; che le vittime maschili sono più probabilmente omosessuali e pertanto desiderano in definitiva l'aggressione. A complicare ulteriormente il quadro vi è poi la convinzione che il verificarsi di un'erezione o eiaculazione durante l'assalto, implichi piacere da parte della vittima e pertanto significhi un consenso al rapporto.

Da un punto di vista psicologico, i meccanismi di reazione maschili, immediatamente successivi all'aggressio-

ne, sono in parte diversi da quelli femminili. Gli uomini sembrano avere maggiori reazioni di rabbia, ostilità e depressione rispetto alle donne¹². In alcuni casi questi meccanismi possono sfociare in etero-aggressività oppure rabbia o fantasie di vendetta nei confronti dell'aggressore o della società¹⁸. In alternativa, molti uomini adottano atteggiamenti controllati, quali accettazione sottomessa, minimizzazione o rifiuto. Queste modalità, che sembrano essere più coerenti con le aspettative imposte dal proprio ruolo di genere, possono rendere l'uomo predisposto a sequele psicologiche a lungo termine¹⁹ poiché l'atteggiamento sopra riportato rende più improbabile la ricerca di aiuto e, quindi, più difficoltosa la rielaborazione del trauma. Depressione, ansia, disturbi cognitivi, PTSD e ideazione suicidaria o tentato suicidio, sono tutte alterazioni che possono manifestarsi anche diversi anni dopo l'evento⁴. Conseguenze psicologiche evidenziate sono l'aumentato senso di vulnerabilità o cambi drastici dello stile di vita, mutamenti della percezione che le vittime hanno di sé o di ridotta mascolinità e auto-colpevolizzazione. Quest'ultima, in particolare, può ostacolare il recupero della salute.

Sembra invece che l'aggressione sessuale perpetrata da una donna a danno di un uomo abbia conseguenze psicologiche meno severe, rispetto a quelle operate da un uomo. Struckman-Johnson e Struckman-Johnson²⁰ riferiscono che gli uomini riportano solo una minima quota di stress psicologico a seguito di un'aggressione ad opera di un assaltatore femminile. Gli Autori giustificano tale fenomeno con queste parole: "dato che la società induce gli uomini a ricercare opportunità sessuali, gli eterosessuali potrebbero vedere il rapporto coercitivo con una donna al pari di un'esperienza sessuale e non come una violazione della volontà; gli uomini che sono forzati al sesso da una donna possono provare avversione tanto per la tattica che per la donna, ma poiché l'esito è congruente con il ruolo sessuale – ovvero l'ottenimento di un rapporto sessuale - la reazione emotiva negativa è mitigata". Ciò non significa tuttavia che non vi siano reazioni negative ad un abuso sessuale perpetrato da donne a scapito di un uomo: sentimenti di confusione riguardo al rifiutare il sesso con l'aggressore o dubbi sulla propria sessualità (ritenendo per esempio di dover essere gay per voler rinunciare ad un'occasione di sesso) sono evidenti.

Più in generale, Walker e altri Autori⁵, hanno rilevato come, basandosi su un campione di 40 maschi vittime, vi siano difficoltà nei rapporti interpersonali, che possono esprimersi in una distanza emozionale dagli altri (85% del campione), atteggiamenti di rifiuto e distacco rispetto agli amici e famigliari (73% del campione).

Nella popolazione carceraria, gli effetti maggiormente riportati a seguito di contatti sessuali non desiderati sono sentimenti di sfiducia, nervosismo nel trovarsi insieme ad altre persone e disagio nella vicinanza fisica.

A questo proposito, diversi studi hanno esaminato la colpa attribuita alle vittime in funzione del sesso della vittima stessa e del suo orientamento sessuale. Burt e DeMello²¹ hanno studiato un campione di 168 studenti universitari in Australia: ai partecipanti veniva chiesto di completare un questionario relativo a 3 scenari di stupro immaginari e un Indice di Attitudine verso l'Omosessualità (IAH "Index of Attitudes toward Homosexuality"), che misura il grado di paura, disgusto, rabbia, disagio e avversione degli individui che interagiscono con omosessuali (una sorta di indice di omofobia). Lo scenario era sempre lo stesso: uno studente universitario, donna o maschio eterosessuale o maschio omosessuale, viene stuprato da un conoscente o compagno di stanza. Dalla ricerca emerge come i maschi tendano a riportare score più elevati sull'IAH e ritenere le vittime omosessuali maschi più responsabili di quanto lo facciano le donne, e tale attribuzione di colpa sia funzione dell'omofobia (misurata dall'IAH). Più in generale gli intervistati maschi sono più proni ad attribuire maggiore responsabilità al comportamento di tutte le vittime e gli omofobici riconoscono meno colpa al perpetratore di quanto facciano i non omofobici (soprattutto quando la vittima è un maschio omosessuale).

Davies e Rogers²², rivisitando la letteratura su questo tema, hanno concluso che: i maschi tendono ad incolpare maggiormente le vittime di abuso sessuale rispetto alle donne e che gli omosessuali sono più colpevoli agli occhi dei maschi rispetto agli eterosessuali.

I pregiudizi e l'ignoranza del fenomeno hanno anche ripercussioni negative sull'offerta d'aiuto alle vittime maschili.

Donnelly e Kenyon si sono messi in contatto con 41 agenzie che, a vari livelli, offrivano un aiuto alle vittime di stupro nello stato della Georgia (inclusi agenzie di polizia, ospedali, servizi di cure mediche e di malattie mentali, unità di crisi o centri di crisi per vittime di stupro). Delle 30 agenzie che hanno partecipato ad un'intervista più approfondita, 11 hanno riferito di non fornire servizi ai maschi; 10 teoricamente avrebbero potuto, ma non l'hanno mai fatto; 5 hanno aiutato almeno un maschio nel passato; 19 erano favorevoli nel fornire tali servizi, ma solo 4 l'avevano fatto nell'anno passato. Tra i gruppi che con meno probabilità hanno fornito aiuto alle vittime maschili vi erano le agenzie di polizia e i centri femministi di crisi per le vittime di stupro: entrambi i gruppi tendono a ritenere poco verosimile che i maschi possano essere vittime di stupro o che, nel caso delle agenzie di polizia, le vittime siano inevitabilmente omosessuali e che abbiano desiderato di essere aggrediti o che comunque l'assalto abbia avuto luogo nel contesto di un litigio tra amanti. I centri femministi tendono invece a ritenere lo stupro come il prodotto di una società maschile dominante e sono poco inclini a considerare i maschi come

vittime potenziali, oltre a temere che il riconoscimento degli uomini come vittime possa sottrarre pubblicità e risorse alle vittime donne.

Un altro punto meritevole d'attenzione e potenzialmente in grado di generare confusione è rappresentato dall'erezione e dall'eiaculazione sperimentata dalle vittime. Come evidenziato dalla revisione di Bullock e Beckson²³ tali meccanismi ed eventi fisiologici sono solo parzialmente sotto il controllo della volontà e possono essere provocati da alti livelli di ansia o dalla stimolazione anale. Tale rilievo è importante per due ragioni:

1. l'eiaculazione o l'erezione durante un'aggressione sessuale sono spesso addotte come implicita dimostrazione della consensualità del rapporto, come se attestassero il piacere dell'esperienza. Fuchs descrive due casi inglesi di stupri di maschi a danno di altri maschi risoltisi nell'assoluzione dei persecutori proprio perché la vittima aveva avuto un'erezione nel rapporto. Tale aspetto, oltre ad evidenziare le difficoltà delle vittime di stupro nel denunciare le angherie subite, mostra anche la mancanza di elementi obiettivi del contesto in cui, per sua natura, lo stupro ha luogo. La ricerca di tali elementi, come appunto l'erezione o la presenza di lesioni del tratto genitourinario, può essere fuorviante;
2. lo sperimentare questi fenomeni durante un'aggressione può incrementare il senso di colpa delle vittime maschili, sulla base delle medesime considerazioni espresse sopra. Può inoltre concorrere a generare confusione circa il proprio orientamento sessuale nelle vittime eterosessuali, mentre nelle vittime omo e bisessuali può inficiare la percezione dei futuri incontri intimi (analogamente a quanto accade nella donne eterosessuali stuprate).

Terapie

Gli studi condotti da trent'anni a questa parte (da quando, cioè, il PTSD è stato delineato per la prima volta nel DMS III) hanno dimostrato come la psicoterapia - in particolare quella che si avvale di tecniche di esposizione - sia la cura più efficace: questa tecnica dovrebbe essere usata come prima scelta nel trattamento della patologia traumatica²⁴. Limitate sono invece, fino ad ora, le evidenze sulla validità degli agenti farmacologici approvati dall'US FDA.

Una recente revisione condotta da Vickerman et al. nel 2009 ha preso in considerazione soggetti adulti, nello specifico donne vittime di abusi sessuali e affette da PTSD, dimostrando che le terapie *evidence-based* più studiate, utilizzate e risultate efficaci fino ad oggi in questa specifica sottopopolazione sono:

- 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);
- la terapia di elaborazione cognitiva (*Cognitive Processing Therapy*, CPT);
- le tecniche di desensibilizzazione sistematica mediante i movimenti oculari (*Eye Movement and Desensitization Reprocessing*, EMDR);
- le procedure d'inoculazione dello stress (*Stress Inoculation Therapy*, SIT);
- il *Supportive Counselling*;
- e la farmacoterapia.

Per maggiore chiarezza, gli *empirically supported treatments* non sono i trattamenti più efficaci in assoluto, ma sono gli unici già sottoposti a studi sperimentali e sui quali vi siano evidenze, talvolta molto forti, in favore della loro utilità; tuttavia, vi possono essere altri trattamenti psicoterapeutici o farmacologici che sono altrettanto, o forse ancora più adeguati, per i quali però non si dispone attualmente di prove scientifiche sufficienti in quanto gli studi clinici che li riguardano sono tuttora in corso o non ancora pubblicati.

Tecniche psicoterapiche: CBT/PE, CPT, EMDR, SIT e Supportive Counselling

Tra le varie modalità di intervento psicoterapico assurte a tecnica di trattamento, la CBT, ossia la Terapia Cognitivo-Comportamentale, è un trattamento molto efficace in pazienti affetti da PTSD, come segnalato dall'Institute of Medicine (IOM) e confermato da un'importante meta-analisi che ha considerato gli *outcome* di ventisei studi pubblicati dal 1980 al 2003 che prendevano in considerazione un totale di 44 trattamenti psicoterapeutici diversi per il PTSD²⁵.

In particolare, si sottolinea l'importanza che la CBT sia condotta impiegando l'Esposizione Prolungata (PE), una tecnica largamente accettata come *gold standard*. Alla base della PE (immaginativa o in vivo) vi 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 permanente, nonostante la minaccia reale sia superata²⁶. Il protocollo di trattamento consta di dieci sedute settimanali di 90/120 minuti l'una e include, oltre all'esposizione, anche la psicoeducazione e il riaddestramento respiratorio. La CPT (*Cognitive Processing Therapy*), il cui protocollo fu sviluppato da Resick e Schnicke nel 1993, consta di due parti: la terapia cognitiva e i racconti scritti (*WA*, *Written Accounts*), il tutto condensato in dodici sessioni distribuite su sei settimane di trattamento²⁷. La terapia cognitiva è la parte più rilevante della cura, svolta con un terapeuta che tenta di mettere in discussione le conclusioni erronee del paziente sull'evento traumatico. Per quanto riguarda i *Written Accounts*, al paziente viene chiesto di raccontare per iscritto il trauma e di leggere

l'elaborato ad alta voce sia al terapeuta durante le sedute che a se stesso ogni giorno a casa in modo che possano essere individuati i cosiddetti *stuck points* e le emozioni possano essere processate.

Uno studio ha provato a separare le due componenti della CPT (*Cognitive CPT* e *WA*) per valutarne la relativa efficacia; le ha poi paragonate tra loro e con il protocollo normale²⁸. I risultati hanno mostrato un miglioramento della sintomatologia del PTSD in tutti e tre i casi, anche in follow-up, ma l'utilizzo della sola terapia cognitiva (c-CPT) ha evidenziato un maggior successo rispetto alla terapia di esposizione (*WA*)²⁸. Ciò nonostante, sulla base di un solo studio e senza altre evidenze scientifiche, non è raccomandabile eliminare la parte dei *Written Accounts* dal protocollo di routine.

L'EMDR, ossia la terapia di desensibilizzazione sistematica attraverso i movimenti oculari, fu ideata da Shapiro nel 1987: si tratta di un trattamento che implica sia elementi cognitivi sia tecniche di esposizione. Al paziente viene chiesto, innanzitutto, di focalizzarsi su un'immagine vivida connessa al trauma presente nella sua memoria e di recitare ad alta voce ciò che vede; in seguito, il terapeuta incomincia a muovere le dita davanti agli occhi del soggetto il quale deve seguire i movimenti con lo sguardo. La stimolazione può anche essere tattile o uditiva con il medico che distrae il paziente con suoni come il tamburello delle dita. L'EMDR dovrebbe favorire il processamento dei ricordi del trauma attraverso l'associazione di questi a informazioni più positive prevenendo così che vi sia una sovra-eccitazione emozionale o fisica dell'individuo quando tali memorie vengono rievocate. L'EMDR è stato valutato in applicazione a donne affette da PTSD e vittime di violenza sessuale e si è dimostrato efficace in questa sottopopolazione²⁹.

La SIT, la procedura dello *Stress Inoculation Training*, fu introdotta da Donald Meichenbaum nel 1977 nel contesto della Terapia Cognitivo-Comportamentale e successivamente, negli anni, è stata rivisitata varie volte apportando chiarimenti e perfezionamenti. Il principio di tale terapia è il medesimo della vaccinazione medica; come con quest'ultima l'organismo potenzia le proprie difese grazie all'inoculazione di dosi attenuate degli stessi agenti patogeni da cui si vuole immunizzare, così nella SIT l'individuo sviluppa le proprie risorse e capacità di gestione dello stress sperimentandole nel corso di esposizioni ripetute al trauma in un setting assistito e protetto. Analogamente all'inoculazione medica, la procedura ha lo scopo di formare degli anticorpi psicologici: ossia, abilità di coping e di fronteggiamento della realtà. La procedura dello *Stress Inoculation Training* incorpora tre elementi: in primis, la *psicoeducazione* per far sì che l'angoscia del paziente e i suoi comportamenti di evitamento diminuiscano d'intensità e frequenza; vi è poi *l'esposizione in vivo*, utile per affrontare le paure con-

cernenti il trauma; infine, vi sono sei 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*.

L'ultima delle tecniche di trattamento psicoterapico prese in considerazione è il *Supportive Counselling* che consiste in regolari sedute di trattamento durante le quali il paziente viene ascoltato attivamente dal terapeuta senza che, necessariamente, si discuta del trauma o dei sintomi insorti in relazione ad esso. In caso ciò accada, il medico deve prestare attenzione ai fatti che il soggetto racconta ma non dovrebbe incoraggiare una descrizione dettagliata dell'evento o un coinvolgimento emotivo del paziente³⁰.

Un confronto tra le diverse tecniche di trattamento psicoterapico

La ricerca condotta da Vickerman, che ha considerato studi precedenti incentrati su trattamenti utilizzati specificatamente in donne vittime di violenza sessuale e affette da PTSD, ha rivelato come solo in quattro dei venti studi considerati le terapie sopra-descritte siano state paragonate tra di loro: nel resto dei casi, sono stati utilizzati gruppi controllo o è stata fatta un'osservazione puntiforme.

La maggior parte degli studi considerati si è concentrata sulla Terapia Cognitivo-Comportamentale e sulla *Cognitive Processing Therapy*³⁰. Tra questi, vi è lo studio di Resick et al. che ha considerato 121 donne vittime di violenza sessuale e le ha randomizzate assegnandole ad uno dei tre trattamenti valutati, ossia alla PE, alla CPT o alla MA (*Minimal Attention Condition*). In primis, è risultato come sia la tecnica di esposizione prolungata che la CPT siano entrambe più efficaci rispetto alla MA con il 53% delle pazienti di ambedue le condizioni che 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 secondo luogo, sono stati evidenziati i maggiori benefici dati dalla CPT rispetto alla PE come valutato mediante i punteggi della PSS (*Perceived Stress Scale*) e del BDI (*Beck Depression Inventory*). In particolare, è stato rilevato che, a cure completate, il 76% dei pazienti trattati con CPT e il 58% di quelli assegnati alla PE erano ben compensati ($p < 0,09$) e, a tre mesi, il 72% del gruppo CPT e il 50% delle donne sottoposte a PE con un trend a favore della CPT ($p < 0,06$). Più rilevante è la considerazione che la CPT consentirebbe una maggiore diminuzione del sentimento di responsabilità associato all'abuso, data la maggiore riduzione in questo gruppo di due dei quattro indici di colpa considerati (TRGI - *Trauma Related Guilt Inventory*)²⁷. Entrambi i trattamenti sono però validi e sarebbe prematuro giungere a una conclusione riguardo alla superiorità dell'uno sull'altro, soprattutto basandosi su uno studio condotto dagli stessi promotori della CPT.

Nel 2006, Seidler et al. hanno preso in considerazione sette studi, svolti in precedenza, che confrontavano l'utilizzo dell'EMDR e della CBT complessivamente in 209 pazienti affetti da PTSD concludendo che entrambe sono efficaci nel ridurre la sintomatologia senza particolari differenze riscontrate tra i due tipi di trattamento³⁰. Non ci sarebbero poi differenze di *outcome* tra la PE e la SIT mentre la CPT e la SIT non sono state ancora paragonate. Per quanto riguarda il *Supportive Counselling*, questo si è mostrato efficace nel miglioramento dei sintomi di PTSD ma in misura minore rispetto alla CBT³¹. Tale ricerca ha dimostrato che la PE è più efficace sia per quanto riguarda gli *outcome* primari, post trattamento ($p < 0,001$) e in follow-up ($p = 0,001$), che quelli secondari, post-trattamento ($p < 0,001$) e in follow-up ($p = 0,03$), se paragonata alla terapia offerta al gruppo di controllo, ossia all'attesa (*waiting list*) o a placebo psicologici (incluso il *Supportive Counselling*). Non è stata rilevata, però, alcuna differenza tra la PE e gli altri trattamenti attivi ossia la CPT, l'EMDR e la SIT ($p = 0,69$). Il limite di questa ricerca è determinato da un campione eterogeneo 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.

La farmacoterapia

Per quanto concerne i farmaci, due sono quelli il cui utilizzo - in pazienti affetti da PTSD - sia stato approvato dalla FDA: sertralina e paroxetina²⁶. La loro efficacia, dimostrata in numerosissimi trial, risiede nel fatto che - da un punto di vista fisiopatologico - il PTSD è caratterizzato da cambiamenti neuroendocrini e a livello neurotransmittitoriale, in particolare nel sistema della serotonina³². Importante rimane, comunque, tener presente la possibilità di utilizzo di altre classi di farmaci in quei pazienti che non rispondono o non tollerano gli antidepressivi.

Tra le varie opportunità vi è l'impiego di risperidone che, dalla revisione sistematica di Berger, è risultato significativamente superiore al placebo nel ridurre i sintomi del PTSD (ad eccezione di quelli del cluster C, ossia evitamento e *numbing*) in quattro dei sei studi clinici controllati randomizzati considerati, conquistando un livello di evidenza B³³. Soltanto in uno di questi studi, tuttavia, il risperidone veniva somministrato in monoterapia ($p = 0,04$)³⁴ mentre, negli altri tre, costituiva trattamento aggiuntivo agli SSRI.

Le benzodiazepine invece, nonostante si rivelino utili nel ridurre sintomi isolati come, ad esempio, i problemi relativi al sonno piuttosto che l'ansia, devono essere impiegate con cautela poiché potrebbero indurre - in pazienti già ad alto rischio per quanto riguarda l'abuso di sostanze stupefacenti - uno stato di dipendenza; inoltre, il loro impiego nella prevenzione o nel trattamento del PTSD non è ancora stato supportato da forti evidenze scientifiche³³.

Una recente revisione (2010) ha analizzato quattro trial condotti in precedenza sulla combinazione psicoterapia-farmacoterapia nel trattamento del PTSD: di questi studi, uno si focalizzava su bambini e adolescenti (n = 24) mentre gli altri tre su adulti (n = 100). Gli Autori sono giunti alla conclusione che, dato il numero limitato delle ricerche condotte su questa tematica fino ad ora e il ristretto campione di pazienti a disposizione, l'utilizzo contemporaneo della psicoterapia e dei farmaci in pazienti affetti da PTSD., ad oggi, non possa essere validamente considerato né superiore né inferiore ai singoli trattamenti³⁵.

Conclusioni. Alcuni problemi aperti

È importante riflettere su alcuni problemi di grande interesse riguardanti la terapia del PTSD nelle vittime di abuso sessuale.

- Innanzitutto, esistono differenze per quanto riguarda i trattamenti raccomandati in letteratura perché *evidence-based* e quelli che, invece, i terapisti utilizzano nella pratica di tutti i giorni. Tra i problemi che rendono molti psicologi riluttanti ad utilizzare le tecniche di esposizione, vi è la convinzione che esse possano aumentare il rischio di suicidio (76%), di autolesionismo (68%) e il tasso di rinuncia alle cure (59%), anche se in realtà nessuno studio ha, fino ad ora, supportato tali credenze. Inoltre, si teme che la terapia possa ritraumatizzare il paziente portando ad uno scompenso rispetto ad un equilibrio già precario.
- Un secondo problema è che la diagnosi di PTSD. permane, anche post-trattamento, in una percentuale non trascurabile di pazienti. In particolare, l'11-20% dei soggetti rimane sintomatico a seguito della CPT, il 18-60% dei pazienti 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 sertralina.
- Importante sembra, quindi, focalizzarsi sulla ricerca per poter migliorare le terapie attuali o individuare nuove possibilità. Alcuni trial in corso risultano promettenti ma si tratta di studi preliminari e, quindi, non si possono ancora trarre conclusioni sulla loro efficacia. Tra questi ricordiamo la terapia di coppia e familiare che, pur dimostratisi sicuramente valida, fino ad ora è stata applicata soprattutto alla sottopopolazione di veterani di ritorno dal servizio militare affetti da PTSD, mentre non esistono ancora studi su adulti vittime di violenza sessuale.

Da tenere in considerazione è anche la psicoterapia interpersonale che, finora, sembra fornire risultati incoraggianti. Un'altra tecnica testata con successo nei pazienti con storia di abuso sessuale è la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT), sviluppata nel 1993 da Line-

han inizialmente per individui con disturbo di personalità borderline. Questa terapia consta di sessioni di psicoterapia individuale e sedute settimanali a gruppi durante le quali s'impara ad acquisire determinate competenze: *mindfulness* (capacità di porre attenzione, senza giudicare, al momento presente), *abilità a regolare le emozioni*, *a tollerare l'angoscia e le situazioni negative ed efficacia interpersonale*. Tuttavia, negli studi condotti fino ad ora, la DBT è sempre stata utilizzata insieme a tecniche di esposizione e, quindi, permangono dubbi sulla sua validità come trattamento fornito singolarmente²⁶.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, inoltre, oggetto di ricerca sono 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-trattamento²⁶.

Infine, bisogna ricordare come, in molti casi, il PTSD sia accompagnato dalla presenza di comorbidità. Per quanto concerne l'utilizzo di sostanze stupefacenti, normalmente esiste un approccio sequenziale al problema, ossia ci si focalizza sulla dipendenza – in primis – e poi sul PTSD, mentre sarebbe consigliato un trattamento in contemporanea delle due patologie.

Quanto sopra esposto ci sembra possa fornire un quadro chiaro ed esaustivo rispetto allo stato dell'arte attuale in materia di violenza sessuale: le importanti conseguenze fisiche messe in luce, sia in termini di effetti immediati che a lungo termine (anche in una sfera così delicata e personale come quella della sessualità), nonché i reliquati psicologici che possono esitare in veri e propri disturbi psichici – sia in relazione all'entità/frequenza del trauma subito e dell'aiuto nel riprocessamento, che in funzione dell'età in cui si subisce il trauma – rendono ragione del duplice scopo che ci si proponeva con l'approfondimento in oggetto, ovvero una sensibilizzazione rispetto al problema ed una implementazione di quegli interventi che non possono più essere procrastinati.

Ringraziamenti

A tutti i membri dello staff che hanno partecipato a questo lavoro con fiducia, competenza, abnegazione e positività.

Bibliografia

- Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, et al. *Considering PTSD for PTSD*. 5. *Depress Anxiety* 2011;28:750-69.
- www.dsm5.org
- Tjaden P, Thoennes N. *Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: Findings from the Na-*

- tional Violence Against Women Survey*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs 1998.
- 4 Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource 1990.
 - 5 Walker J, Archer J, Davies M. *Effects of rape on men: a descriptive analysis*. Arch Sex Behav 2005;34:69-80.
 - 6 McHugh P, Treisman G. *PTSD: a problematic diagnostic category*. J Anxiety Disord 2007;21:211-22.
 - 7 Faravelli C, Giugni A, Salvatori S, et al. *Psychopathology after rape*. Am J Psychiatry 2004;161:1483-5.
 - 8 Nickerson A, Steenkamp M, Aerka IM, et al. *Prospective investigation of mental health following sexual assault*. Depress Anxiety 2013;30:444-50.
 - 9 Elliott DM, Mok DS, Briere J. *Adult sexual assault: prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population*. J Trauma Stress 2004;17:203-11.
 - 10 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.
 - 11 Blanchard EB, Buckley TC, Hickling EJ, et al. *Post-traumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion?* J Anxiety Disord 1998;12:21-37.
 - 12 Taft C, Resick P, Watkins L, et al. *An Investigation of Post-traumatic Stress Disorder and Depressive Symptomatology among Female Victims of Interpersonal Trauma*. J Fam Violence 2009;24:407-15.
 - 13 Follette VM., Polusny MA, Bechtle AE, et al. *Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse*. J Trauma Stress 1996;9:25-35.
 - 14 Sonne SC, Back SE, Zuniga CD, et al. *Gender differences in individuals with comorbid alcohol dependence and post-traumatic stress disorder*. Am J Addict 2003;12:412-23.
 - 15 Testa M, Parks KA. *The role of women's alcohol consumption in sexual victimization*. Aggress Behav 1996;1:217-34.
 - 16 Stermac L, Sheridan PM, Davidson A, et al. *Sexual assault of adult males*. J Interpers Violence 1996;11:52-64.
 - 17 Struckman-Johnson C. *Male victims of acquaintance rape*. In: Parrot A, Bechhofer L, editors. *Acquaintance rape: the hidden crime*. New York: Wiley 1991, p. 192-213.
 - 18 Walker JL. *Male rape: The hidden crime*. Unpublished honors thesis. University of Wolverhampton (UK) 1993.
 - 19 Rogers P. *Call for research into male rape*. Mental Health Practice 1998;1:34.
 - 20 Institute of Medicine (IOM). *Treatment of Post-traumatic stress disorder: an assessment of the evidence*. Washington, DC: The national Academic Press 2008.
 - 21 Fuchs SF. *Male sexual assault: issues of arousal and consent*. Clevel State Law Rev 2004;51:93-121.
 - 22 Burt DL, DeMello LR. *Attribution of rape blame as a function of victim gender and sexuality, and perceived similarity to the victim*. J Homosex 2002;43:39-57.
 - 23 Davies M, Rogers P. *Perceptions of male victims in depicted sexual assaults: a review of the literature*. Aggress Violent Behav 2006;11:367-77.
 - 24 National Collaborating Center for Mental Health (UK). *Post traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Leicester, UK: Gaskell 2005 (NICE Clinical Guidelines, No. 26.)
 - 25 Vickerman KA, Margolin G. *Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature*. Clin Psychol Rev 2009;29:431-48.
 - 26 Bradley R, Greene J, Russ E, et al. *A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD*. Am J Psychiatry 2005;162:214-27.
 - 27 Foa EB, Hembree E, Rothbaum B. *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences, therapist guide*. New York: Oxford University Press 2007.
 - 28 Resick PA. *Cognitive Processing therapy: Generic Manual*. Unpublished instrument. University of Missouri-St Louis 2001.
 - 29 Shapiro F. *EMDR: Eye movement desensitization of reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. 2nd ed. New York: Guilford Press 2001.
 - 30 Jaremko M. *Stress inoculation training for social anxiety with emphasis on dating anxiety*. In: Meichenbaum D, Jaremko M, editors. *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum Press 1983.
 - 31 Foa EB, Rothbaum BO, Riggs D, et al. *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.
 - 32 Powers MB, Halpern JM, Ferenschak MP, et al. *A meta-analytic review of prolonged exposure for post-traumatic stress disorder*. Clin Psychol Rev 2010;30:635-41.
 - 33 Zohar R. *Double blind placebo controlled pilot study of sertraline in military veterans with PTSD*. J Clin Psychopharmacol 2002;22:190-5.
 - 34 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.
 - 35 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.