

Le tematiche di abuso sessuale precoce in un campione femminile di pazienti psichiatriche acute

Early sexual abuse issues in a sample of acute female psychiatric inpatients

R. Dalle Luche, C. Taponecco

SPDC, Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, ASL 1, Massa e Carrara

Summary

Background and objective

The question of the psychopathological consequences of early sexual abuse has been a nuclear topic in psychoanalytic studies, but has received little attention in clinical psychiatry until recent years. On one side, the literature stresses the pathogenic value of early sexual abuse in different psychiatric disorders and their course, on the other side, the description of the False Memory Syndrome raises the issue of the low reliability of some of the memories of early sexual abuse that emerge frequently in the course of acute psychoses or dissociative states.

Method

From July 2008 to September 2010 the Authors have interviewed all female patients consequently admitted in a unit for acute inpatients or in emergency settings, asking them if they had been sexually abused in childhood or adolescence. The patients who referred to be abused were evaluated with an ad hoc Questionnaire to establish the main details of the abuse and the reliability of their report. Some criteria to classify the abuse as True, Possible or Unlikely were defined. Then the patients were assigned to a DSM-IV category using the SCID-I and the SCID-II. Some patients were interviewed again during subsequent admissions.

Results

In about 2 years, 46 patients (mean age 41.3) were identified. Most reports (27) were considered "True", 11 "Possible", 9 "Unlikely" (one patient had both "True" and "Unlikely" evaluations). The types of sexual abuse were highly heterogeneous, spanning from repeated incest to incest attempts to more ephemeral experiences, but all had a traumatic quality and were well fixed in patient's memory. However, 30% of patients re-

ferred a long period of amnesia and the revelation of the episodes very often is simultaneous with the first or subsequent episodes of the mental disorder.

The patients were assigned mainly to Mood Disorders and Borderline Personality Disorders categories, but most of the "Unlikely" statements had delusional qualities and emerged during psychotic episodes or relapses. Some patients fulfil criteria for Anxiety Disorders and those of the so called "False Memory Syndrome". The degree of certainty may change in some cases in following interviews.

Conclusions

The issue of the pathogenic value of the abuse statements cannot be answered definitively due to the lack of a comparison with non patients. From a psychopathological and clinical point of view, these experiences have a high subjective impact: "True" abuses can be considered non-specific pathogenic factor, "Possible" abuses may constitute a frequently recurring theme under the form of doubt of traumatic experiences in the course of acute relapses of the different disorders, while "Unlikely" abuses represent a more or less structured theme that is created ex novo by the pathologic state. However the differentiation of these sub-categories is often arbitrary or unsatisfying. The hypothesis of a "psychopathological continuum" in the degree of truthfulness of early sexual abuse more exactly describes their clinical manifestations.

Most patients show sexual disorders and high instability in their sexual relationships, hence the emergence of these themes may be considered as a sexual conflict index.

Key words

Early sexual abuse • Seduction theory • False memories • False memory syndrome • Borderline personality disorder • Dissociative disorder • Atypical psychoses

Correspondence

Riccardo Dalle Luche, SPDC, Ospedale di Massa, via Sottomonte 2, 54100 Massa, Italia • Tel. +39 0585 493268-493093 • E-mail: r.dalleluche@usl1.toscana.it

Introduzione

1. Background storico

Le affermazioni di abuso sessuale precoce hanno avuto un'importanza particolare per la prima psicoanalisi. Sigmund Freud, dal 1894 al 1897, si occupò della "teoria della seduzione" come di nessun altro problema, soprattutto in relazione ai destini della sua paziente Emma Eckstein¹. Nel suo soggiorno in Francia alla scuola di Charcot aveva sicuramente potuto consultare alcuni testi psicopatologici e medico-legali che affrontavano da prospettive diverse il problema^a, potendo confrontarsi con due diverse correnti di pensiero: da una parte l'interpretazione a sostegno della realtà delle aggressioni sessuali ai danni di bambini, dall'altra quella contrapposta convinta della rarità di tali violenze e, quindi, del loro carattere immaginario¹. Freud interpretò inizialmente le affermazioni delle sue pazienti come resoconti tardivi di traumi sessuali precoci, "scene sessuali infantili" o "rapporti sessuali nell'infanzia", esperienze precoci, quindi reali, non fantasie, con un effetto dannoso e durevole sulla vita successiva dei bambini che le avevano subite e, quindi, come fattori patogenetici importanti e perfino esclusivi nella patologia isterica^b. La relazione conteneva una teoria rivoluzionaria sulla etiopatogenesi di questa malattia mentale, tanto che Freud pensava che con questo lavoro sarebbe divenuto "uno di coloro che avevano disturbato il sonno del mondo". Freud utilizzò diversi termini per descrivere le "scene sessuali infantili" quali

Vergewaltigung (stupro), *Missbrauch* (abuso), *Verführung* (seduzione), *Angriff* (attacco), *Agression* (aggressione) e *Trauma* (trauma), per poi arrivare a utilizzare esclusivamente quello di "seduzione". Nella celebre relazione "L'etiologia dell'isteria", presentata nell'aprile 1896 alla Società di Psichiatria e Neurologia di Vienna, Freud² scrisse "L'evento di cui il soggetto ha conservato il ricordo inconscio è un'esperienza precoce di rapporti sessuali con effettivo eccitamento degli organi genitali derivante da un abuso sessuale commesso da un'altra persona. Il periodo nel quale avviene tale evento fatale è quello della prima infanzia, cioè quello che va fino agli otto-dieci anni, prima che il bambino sia arrivato alla maturità sessuale"; Freud giunse ad affermare che "... i sintomi dell'isteria devono la propria determinazione a esperienze particolarmente traumatiche nella vita della malata, che sono riprodotte nella forma di simboli mnestici della sua vita psichica ...". Forse a causa dello "scandalo" scientifico e anche sociale sollevato^{c1} Freud ridimensionò successivamente la sua teoria concentrando l'attenzione sulle conseguenze psicologiche della seduzione e sulla loro importanza patogenetica. Nella primavera del 1897 Freud, per porre in disparte la *questione della veridicità* o meno delle affermazioni di abuso, scrisse in una celebre lettera a Fliess³: "... nell'inconscio non vi è alcuna indicazione di realtà, così che non è possibile distinguere fra la verità e la finzione carica di emozione ...". Successivamente inserì l'intera problematica nella più complessa trattazione sulla sessualità infantile

^a Masson¹ sostiene che Freud era stato influenzato dalle esperienze fatte nella sua visita-studio a Parigi, alla scuola del celebre Jean Martin Charcot, sia assistendo alle autopsie condotte alla Morgue a Parigi, sia venendo in contatto con gli scritti di Ambrosie August Tardieu (1818-1879). Quest'ultimo, professore di medicina legale all'Università di Parigi, con l'articolo "Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants" per primo descrisse con metodologia scientifica a scopo medico legale l'intera gamma di abusi perpetrati a danno di bambini; negli "Annales d'hygiène publique et de médecine légale"⁹⁴ sostenne la veridicità e la diffusione dei traumi sessuali attraverso una descrizione di casi di aggressioni particolarmente efferati ("... ciò che è ancora più triste è vedere che i legami del sangue, lungi dal costituire una barriera contro questi impulsi colpevoli, troppo spesso non servono che a favorirli ... i padri abusano delle figlie, i fratelli delle sorelle. Questi fatti diventano sempre più numerosi alla mia osservazione ...").

Altrettanto rilevanti furono gli studi di Alfred Fournier, dermatologo francese specializzato nelle malattie veneree⁹⁵, che, in "Simulation d'attentats veneriens sur des jeunes enfants de sexe feminine" sosteneva, in opposizione a Tardieu, che le "... ragazze che accusano i loro padri di violenze immaginarie su loro stesse o su altri bambini" lo facevano "al fine di ottenere la loro libertà per darsi alla deboscia ...". Paul Brouaderl, alle cui lezioni Freud ha assistito, aveva considerato questi casi in rapporto con la *mythomanie*, l'abitudine patologica alla menzogna, nel contesto della "... degenerazione mentale ...". Brouardel sosteneva che "... l'isteria ha un importante ruolo nella genesi di queste false accuse, sia a causa delle allucinazioni genitali derivanti dalla grande nevrosi, sia perché le isteriche non esitano a inventare storie menzognere al solo scopo di attirare su di sé l'attenzione e a rendersi interessanti ..."⁹⁶.

^b Freud² descrive "... tutte le strane condizioni i cui la coppia incongrua continua le sue relazioni amorose, da una parte l'adulto che non può sfuggire alla sua parte di dipendenza reciproca ... e che allo stesso tempo è armato dall'autorità assoluta e dal diritto di punire ... e dall'altra il bambino inerme... alla mercé di questo uso arbitrario del potere che viene prematuramente risvegliato a ogni tipo di sensibilità ed esposto a ogni sorta di delusione ... tutte queste disparità grottesche e purtroppo tragiche segnano distintamente lo sviluppo successivo dell'individuo e della sua nevrosi, con innumerevoli effetti permanenti che meritano di essere descritti con la massima precisione ...".

^c La gelida accoglienza che l'opinione scientifica riservò alle teorie del fondatore della psicoanalisi è testimoniata da una lettera a Wilhelm Fliess³ nella quale Freud scrisse "... una relazione sull'etiologia dell'isteria ha ricevuto un'accoglienza glaciale dai somari e da Krafft-Ebing lo strano commento: suona come una favola scientifica ... e questo dopo che avevo indicato loro una soluzione a un problema vecchio più di mille anni, una 'sorgente del Nilo' ...".

e quindi nella concettualizzazione del “complesso edipico”⁴. Nella “Autobiografia” del 1924 la ritrattò del tutto: “... alla fine doveti riconoscere che queste scene di seduzione non erano mai avvenute e che erano solo fantasie costruite dai miei pazienti”⁵.

In contrasto con l’interesse della psicoanalisi, la letteratura psicopatologica classica ha quasi del tutto ignorato i temi sessuali e il loro possibile valore patogenetico, considerandoli meri contenuti delle alterazioni formali del vissuto rilevanti per la diagnosi.

Jaspers⁶, considerando i ricordi *rappresentazioni che attualizzano percezioni anteriori* (p. 81), deduce che la presenza di *falsi ricordi* non può che indurre *errori di giudizio*. Da queste semplici “falsificazioni” vanno distinte le *allucinazioni del ricordo*, già descritte da Kahlbaum.

In questi casi Jaspers, con la solita acutezza psicopatologica, rintraccia “tre segni caratteristici”: 1) i malati sono coscienti che vengono loro in mente *cose dimenticate*; 2) i malati sono coscienti di essersi trovati in uno stato di *coscienza anormale*, parlano di ottundimento, di svenimenti, di semiveglia, di uno stato singolare di tipo ipnoide; 3) i malati hanno l’impressione di essere uno strumento privo di volontà, come soggetti a un’imposizione esterna. In questi casi, secondo Oetiker (cit. da Jaspers⁶, p. 82), è possibile dimostrare che nei falsi ricordi vi era stato un comportamento reale del malato “corrispondente al ricordo”. Secondo Jaspers le false memorie possono essere descritte in diverse condizioni cliniche, dalla demenza paranoide a quella organica fino alle paralisi progressive. In uno dei suoi esempi il tema del falso ricordo si riferisce a esperienze sessuali anormali.

Successivamente Ey⁷ ha insistito sul fatto che le falsificazioni della memoria, al limite con l’esperienza allucinatoria, presuppongono una destrutturazione del campo della coscienza e del sistema percettivo; in particolare, per il nostro problema, appaiono rilevanti gli stati crepuscolari oniroidi, “una specie di stato di ipnosi con una forte carica di immagini”, che si hanno in certi epilettici, in alcune fasi acute maniaco-depressive e nelle schizofrenie subacute, e infine negli accessi simil-sonnambolici della nevrosi isterica. Per Ey solo artificialmente si possono distinguere “le crisi di confusione, gli stati onirici, le esperienze deliranti o allucinatorie, gli stati di depersonalizzazione, gli stati di depressione o di eccitazione psichica”, situandosi tutti questi in un *continuum* psicopatologico.

2. Psicopatologia dei falsi ricordi e sindrome della falsa memoria

La validità della ricerca nel campo dell’abuso sessuale infantile rievocato dall’adulto si scontra con le incertezze della memoria di rievocazione, frequenti quando questa deve richiamare eventi traumatici o, comunque, legati

a una forte componente emotiva. La rievocazione può essere disturbata da processi di oblio, repressione e rimozione dei ricordi e alcune circostanze possono anche favorire lo sviluppo di ricordi errati o falsi^{8,9}. La discussione e gli studi sull’attendibilità dei ricordi di abuso e sull’entità dell’amnesia, ampiamente riassunti da Ferguson e Mullen⁸, non hanno condotto a risultati definitivi e, anzi, perfino l’esatto significato del termine “dimenticato” appare non definibile nei campioni di studio: sembra infatti che molti soggetti operino uno sforzo volontario per non ricordare piuttosto che presentare una vera amnesia. Malchert e Parker¹⁰ hanno cercato di comprendere il significato del termine “dimenticato” indagando con gli intervistati le motivazioni che li avevano indotti a credere di aver dimenticato, almeno per un periodo della loro vita, l’abuso subito: il 30% non fu in grado di spiegare l’amnesia, il 23% riconobbe di non averci voluto pensare, mentre il 18% riferì che il ricordo li avrebbe fatti soffrire terribilmente; questo portò gli autori a ipotizzare l’attivazione di un processo di evitamento della rievocazione piuttosto che una vera amnesia.

Le ricerche empiriche rilevano che dal 20 al 60% dei pazienti che hanno subito abusi sessuali in età precoce lo hanno dimenticato¹¹: l’amnesia totale o parziale sembra riguardare il 64% dei pazienti, con una amnesia più marcata nei casi in cui l’abuso sia occorso in età più precoce, in base alla sua durata od alla frequenza, alla natura incestuosa e ai sentimenti di paura provati dal soggetto stesso¹². Secondo la teoria sul processo mentale alla base dell’apprendimento stato-dipendente, l’informazione codificata in un certo stato mentale viene recuperata più facilmente in un momento successivo nel quale ci si trova nello stesso stato: in poche parole chi sperimenta un trauma dissocia in stati separati della mente il ricordo traumatico che potrà essere recuperato in forma di *flashback*, in situazioni che richiamano lo stato psichico primario¹³, o in presenza di stimoli analoghi all’abuso¹⁴. Sembra del resto appurato che la tendenza alla dissociazione sia più frequente nei soggetti che nel corso della vita sono stati sottoposti a eventi stressanti, sia fisici che psicologici, con maggior rilevanza se si tratta di abusi di natura sessuale¹⁵.

Poiché la dissociazione predispone allo sviluppo di false memorie, è comprensibile che la loro attendibilità sia difficile da valutare (Fig. 1).

Il rapporto tra memorie recuperate o ricordi sempre presenti di esperienze d’abuso (pazienti con cosiddette *recovering* o *continuous memories*) e i rispettivi correlati clinici sono stati ripetutamente investigati negli ultimi anni con risultati non dirimenti¹⁶⁻¹⁹.

La “Sindrome della Falsa Memoria” (FMS), descritta nella letteratura degli anni ottanta fino alla seconda metà degli anni novanta, è stata definita come “una seria forma di psicopatologia caratterizzata da pseudo-ricordi di abusi

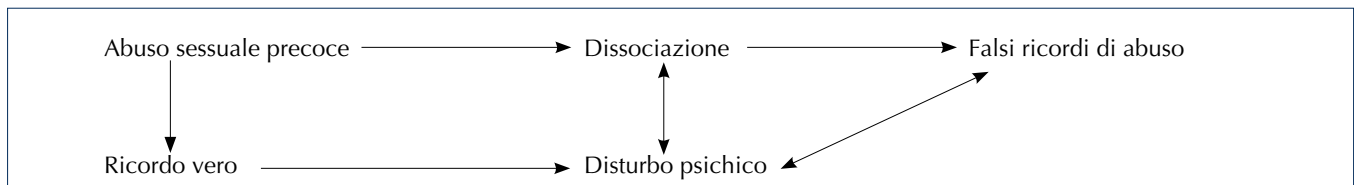


FIGURA 1.

Rapporti tra dissociazione, esperienze e memorie di abuso e psicopatologia. *Relationships between dissociation, experiences and memories of abuse and psychopathology.*

subiti nell'età infantile, sostenuti con forza dal soggetto" o come "condizioni psicopatologiche nelle quali l'identità di un soggetto e le sue relazioni interpersonali sono incentrate attorno alla memoria di un evento traumatico che è obiettivamente falso ma nel quale il soggetto crede strenuamente"²⁰.

Negli USA le conseguenze sociali e familiari di coloro che vennero accusati ingiustamente di abusi sessuali li spinsero a dare vita alla Fondazione della Sindrome della Falsa Memoria²¹ con la necessità da parte dei clinici di un successivo inquadramento diagnostico²².

Anche la convinzione di molti psicoterapeuti secondo i quali gli abusi nell'età infantile sono una delle più comuni cause di psicopatologia ha permesso una rapida diffusione del fenomeno soprattutto in relazione alle accuse di molestie nei confronti di ecclesiastici²³. Così, accanto a soggetti che avevano realmente subito violenza sessuale durante l'infanzia se ne cominciarono a trovare altri che non lo erano ma che avevano iniziato a convincersene anche in relazione a percorsi psicoterapeutici come la "repressed memory therapy"²³⁻²⁵.

In generale l'incremento di soggetti che riacquisivano memorie di abusi sessuali imposero una riflessione sul ruolo che la convinzione di un terapeuta poteva avere nell'indurre in un paziente la produzione di falsi ricordi e su come le tecniche analitiche utilizzate potessero far riaffiorare ricordi reali e validi²⁶.

Come sottolineato da Frankel²⁷, la memoria rappresenta un processo altamente malleabile nel corso di un trattamento ipnotico e pertanto può andare incontro a modificazioni, vale a dire distorsioni su ricordi preesistenti: in poche parole la memoria è significativamente influenzabile da sentimenti, emozioni, aspettative e ciò può valere anche per i ricordi che emergono nel corso di stati alterati di coscienza di qualsiasi natura. Brandon sostiene che quando i ricordi sono richiamati dopo un lungo periodo di amnesia molto frequentemente si tratta di ricordi distorti o falsi²⁸.

Al contrario, come sottolinea Faller²⁹, il rischio che oculte e prudenza a oltranza producano un gran numero di falsi negativi ovvero la mancata identificazione di abusi reali, rende il problema dei falsi negativi più rilevante di quello dei falsi positivi.

3. Definizione di abuso sessuale e stime epidemiologiche

L'abuso sessuale infantile è a tutt'oggi variamente definito in contesti psicologici, psicopatologici o giuridici. Montecchi³⁰ lo definisce come "il coinvolgimento di soggetti immaturi e dipendenti in attività sessuali, soggetti a cui manca la consapevolezza delle proprie azioni nonché la possibilità di scegliere. Rientrano nell'abuso anche le attività sessuali realizzate in violazione dei tabù sociali sui ruoli familiari pur con l'accettazione del minore". Finkel³¹ ha proposto come criterio per definire l'abuso sessuale la differenza rispetto all'abusante di 5 anni nell'infanzia e di 10 o più nell'adolescenza (dai 13 ai 16).

Volterra³² considera il termine "abuso sessuale" una formula generica che definisce un comportamento sessuale violento e attuato senza il consenso dell'altra persona, sanzionato in Italia dall'art. 609 bis C.P. con riferimento a tutti quegli "atti" che la legge definisce "sessuali" e che un "soggetto compie o subisce dietro violenza o minaccia".

La National Task Force of Juvenile Sexual Offending³³, nel tentativo di fornire una definizione operativa del concetto di sfruttamento sessuale, parla di *sexually abusive behaviour* includendo "ogni comportamento sessuale che avviene: 1) *senza il consenso* (vale a dire l'accordo caratterizzato dalla comprensione di ciò che è proposto, dalla conoscenza degli standard sociali relativi a ciò che è stato proposto, dalla consapevolezza delle conseguenze e delle alternative rispetto a ciò che è stato proposto, dalla sicurezza che ogni decisione sarà rispettata, dalla volontarietà della decisione e dalla capacità mentale di prendere una decisione); 2) *senza uguaglianza* (quando due contraenti operano all'interno di essa con diversi livelli di potere, in assenza di alcuna forma di controllo o pressione); 3) *a seguito di una oggettiva coercizione* (intesa come l'utilizzo dell'autorità, della corruzione, dell'intimidazione o della minaccia di uso della forza per ottenere disponibilità e cooperazione).

Gli studi epidemiologici sull'abuso infantile nella popolazione generale, nei maschi e nelle femmine, riportano dati molto variabili in relazione alla definizione dell'abuso impiegata, se essa implica o no un contatto, un rapporto sessuale o la penetrazione. Pur con significative discor-

danze in letteratura, in media la maggior percentuale di soggetti vittime di abuso sessuale sembra essere compresa fra gli 8 e i 12 anni, con un rischio 4-5 volte maggiore per le femmine rispetto ai maschi³⁴. Si individuano inoltre come importanti fattori di rischio la prevalenza di genitori non naturali e relazioni affettivamente povere³⁴, un basso livello intellettivo e un atteggiamento passivo e dipendente³⁵. Tuttavia i dati statistici sono molto variabili anche circoscrivendo la definizione di abuso. Ad esempio considerando una definizione restrittiva, che prevede l'effettuazione di un rapporto sessuale, sono abusate dall'1,3 al 28,7% delle femmine (contro dall'1,1 al 14,1% dei maschi). Anche con criteri meno restrittivi i dati variano considerevolmente. La presenza di abuso sessuale infantile nella popolazione generale va dal 3 al 62%³⁶. Secondo le proiezioni ISTAT, in Italia circa 1.400.000 donne avrebbero subito una qualche forma di abuso sessuale prima dei 16 anni. Nel best seller *Uomini che odiano le donne*, Stieg Larsson³⁷ afferma che il 60% delle donne svedesi hanno subito violenza prima dei 16 anni.

Christoffel³⁸ sostiene che ogni anno, negli Stati Uniti, circa un milione e mezzo di bambini e adolescenti subiscono abusi da parte dei loro *caretakers*. Il *National Committee to Prevent Child Abuse*³⁹ ha stimato che circa l'8% di un milione di casi di maltrattamento infantile occorsi nel 1997 è di natura sessuale. L'*Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*⁴⁰ riporta che circa la metà delle donne stuprate ha un'età inferiore ai 18 anni e di queste, una su sei ha meno di 12 anni.

Le caratteristiche dei campioni di studio, i metodi dell'inchiesta, i criteri di attendibilità dei racconti, la definizione temporale di "abuso precoce" sono dunque tutti fattori che portano all'incertezza delle stime⁸.

Anche per quanto riguarda il profilo dell'abusatore le stime sono variabili: tra il 5,9 e il 32% sarebbe un membro della famiglia, un genitore naturale o acquisito o un fratello. Le percentuali analoghe, intorno al 2-3%, di genitori naturali e acquisiti indica che quelli acquisiti, in numero totale assai minore, hanno probabilità molto maggiori di commettere questi atti. Tra il 20 e il 50% gli abusatori sono conoscenti della vittima. Quando l'abuso è intra-familiare ha maggiore probabilità di essere caratterizzato da episodi ricorrenti e gravi. Ad esempio gli abusi con rapporti sessuali avvengono nel 61,3% in ambito intra familiare contro il 29,7% al di fuori della famiglia⁸.

4. Conseguenze psicopatologiche dell'abuso sessuale precoce

Pur con notevoli difficoltà metodologiche numerosi studi, riassunti da Fergusson e Mullen⁸, concordano nell'individuare una relazione tra denunce di abuso sessuale precoce, precocità nel coinvolgimento in attività sessuali dopo la pubertà, maggior rischio di aggressioni

sessuali in età adulta, rischio di promiscuità e di coinvolgimento nella prostituzione, difficoltà a mantenere relazioni sessuali stabili e soddisfacenti. La presenza di un abuso sessuale in età infantile rende più che doppia la probabilità che una persona sia oggetto di almeno un ulteriore abuso nel proseguo della vita⁴¹. In una ricerca condotta su un campione di 941 persone, il 22% delle donne e il 3,8% degli uomini ha riferito un abuso sessuale in età adulta: di questi il 61% degli uomini e il 59% delle donne avevano descritto abusi sessuali anche in età infantile⁴². Secondo alcuni autori tale fenomeno spiega la teoria della sessualizzazione traumatica, vale a dire la percezione del proprio corpo come di uno strumento essenziale per entrare in relazione con l'altro, seppur esponendosi al rischio di ulteriori abusi⁹. Nel contesto familiare il bambino percepisce il proprio corpo e il sesso come strumenti di cui disporre per ottenere attenzioni, affetto, calore e privilegi⁴³ per cui inclinerebbe verso giochi e attività seduttive con adulti che aumentano la probabilità di nuovi abusi⁴⁴.

Soggetti che hanno subito un abuso sessuale precoce frequentemente presentano disturbi della vita sessuale quali in disturbi del funzionamento e appagamento sessuale e in comportamenti sessuali ad alto rischio; rispetto alla donne non abusate le donne abusate sessualmente presentano una compromissione di funzionamento e appagamento sessuale con minor presenza di orgasmi⁴⁸, maggior numero di disturbi sessuali in anamnesi o attuali⁴⁶, maggior presenza di sensazioni negative in concomitanza all'eccitazione sessuale⁴⁷. Frequenti sono inoltre comportamenti sessuali ad alto rischio con maggior numero di relazioni sessuali⁴⁵, minor età d'esordio dell'attività sessuale consensuale, maggior presenza di gravidanza in età giovanile con rapporti sessuali non protetti^{49,50}, maggior frequenza di interruzioni volontarie di gravidanza⁵¹ e di contrazione di malattie sessualmente trasmesse⁵².

Tuttavia fino al 40% delle vittime dell'abuso sembra immune da queste evoluzioni così come da conseguenze psicopatologiche^{8,53}: diversi autori sottolineano comunque la necessità di considerare con la dovuta cautela l'asintomaticità di tali vittime⁵⁴, con attenzione soprattutto sulla frequente presenza di temi organizzativi centrali disfunzionali quali la tendenza a vani tentativi di soppressione del sistema di attaccamento appreso e disorganizzazione delle relazioni affettive⁵⁵.

Complessa e comunque mediata di necessità da ipotesi teoriche è la relazione etiologica, o almeno patogenetica, tra abuso sessuale infantile e psicopatologia dell'adulto. In generale si ammette che l'abuso costituisca un fattore di rischio specifico, in quanto sembrerebbe correlare praticamente con quasi tutte le categorie diagnostiche dell'adulto: disturbi di personalità, disturbo post-traumatico da stress, depressione maggiore, disturbi d'ansia e disturbo da uso di sostanze e del comportamen-

to alimentare^{8 56-59}. In generale le esperienze di abuso correlano con un aumento del rischio di comportamenti autolesivi, parasuicidari e suicidari⁸. Le principali teorie che legano abuso e psicopatologia, oltre a quella classica proto-psicoanalitica, sono l'alterazione delle modalità di attaccamento, la teoria del trauma e il modello delle dinamiche trauma-geniche di Finkelhor³¹.

La teoria dell'attaccamento, elaborata da Bowlby nel 1951, ha dimostrato l'esistenza di una correlazione tra scadenti condizioni di vita (ad esempio la privazione di adeguate cure materne) e sofferenza psichica^{9 60}. Il concetto di *comportamento di attaccamento* presuppone una figura (*figura di attaccamento, caregiver*) che fornisca sicurezza e protezione, dunque una base sicura mediante la quale il bambino si possa affacciare alle esperienze relazionali adulte e alla quale possa "fare ritorno sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato"⁶⁰. Nella cornice della teoria dell'attaccamento l'abuso sessuale perpetrato da parte di un soggetto appartenente alla famiglia, quindi con un ruolo di accudimento, favorirebbe la comparsa nel soggetto abusato di un'alterazione nello sviluppo del sistema dell'attaccamento con modelli operativi interni disfunzionali e la compromissione delle rappresentazioni del Sé e dell'Altro: tali alterazioni del senso di coesione e continuità del Sé, soprattutto in casi di abusi intrafamiliari ripetuti, possono essere alla base oltre che di disturbi dissociativi, come di difesa verso situazioni stressanti, di una strutturazione della personalità di tipo "borderline"^{8 12 61-63}.

In tempi recenti si è sviluppata un'ampia letteratura che tenta di ricondurre sul piano clinico-diagnostico le osservazioni e i dati relativi ai traumi protratti subiti nell'infanzia, gettando un ponte tra la teoria dell'attaccamento, le teorie psicodinamiche patogenetiche del disturbo borderline di personalità e la nozione di disturbo post-traumatico da stress (PTSD) come descritto nel DSM-IV-TR⁶⁴. In particolare l'esposizione prolungata a traumi di carattere sociale e interpersonale che implicano perdita di controllo, impotenza, perdita del senso di sicurezza, di fiducia e del valore del sé o mancanza di vie di uscita porterebbe allo sviluppo in età adulta del disturbo post-traumatico da stress complesso (C-PTSD), una categoria diagnostica che non ha ancora ricevuto un riconoscimento nella nosografia ufficiale ma che viene discussa in vista della stesura del nuovo DSM V. Tra i traumi a cui fa riferimento questa categoria ci sono anche gli abusi sessuali. La differenza rispetto al tradizionale PTSD è fondamentalmente l'esposizione prolungata al trauma e il lasso di tempo che separa il quadro clinico dagli eventi stressanti: questi antecedenti comportano una perdita di coesione del sé, la tendenza alla vittimizzazione, lo sviluppo di un attaccamento insicuro e la distorsione dei legami affettivi come antecedenti del PTSD⁶⁵⁻⁶⁸.

Il modello di Finkelhor riassume alcuni concetti della teoria dell'attaccamento in relazione specifica con l'abuso sessuale precoce. Esso tiene conto dei modi disfunzionali di vivere la sessualità di un bambino abusato, del vissuto di tradimento da parte di una figura di attaccamento, della costruzione di un'immagine negativa di sé, dei vissuti di impotenza che sostengono l'ansia e l'evitamento oppure dei meccanismi difensivi quali comportamenti sovracompensatori controfobici, aggressivi e delinquenziali. Questo modello ha quindi un chiaro significato soprattutto per quanto riguarda un'evoluzione nel senso della costruzione di una personalità di tipo "borderline" del bambino abusato. È stato del resto ripetutamente dimostrato che i soggetti con disturbo di personalità borderline differiscono significativamente da soggetti che soddisfanno i criteri degli altri disturbi di asse II secondo il DSM IV TR⁶⁴ per quello che concerne l'incidenza di esperienze di abusi sessuali e fisici: inoltre il sesso femminile risulta essere maggiormente predisposto a divenire vittima di violenza fisica e sessuale rispetto a quello maschile (50% vs. 26%)^{69 70}; tuttavia per quanto riguarda le forme di abuso più gravi le stime non presentano differenze notevoli tra bambini e bambine⁸. Sono ammesse differenze di genere per cui i maschi che hanno subito abusi sarebbero più inclini a sviluppare risposte antisociali e aggressive, mentre le femmine depressione, ansia e risposte interiorizzate piuttosto che esteriorizzate⁷¹⁻⁷⁴.

È stata inoltre osservata una importante correlazione tra abusi sessuali e disturbo da abuso di alcool in percentuali variabili dal 20 al 74%^{75 76}.

Tre sono quasi unanimemente considerate le variabili fondamentali per la psicopatogenesi legata all'abuso sessuale precoce: a) la tipologia dell'evento traumatico (la valutazione di gravità fatta dal soggetto abusato, il grado di parentela con l'abusante, l'impiego della forza fisica, la presenza di penetrazione, la presenza di molteplici abusanti, la presenza di abusi bizzarri, la compresenza di abuso sessuale e fisico, la segretezza dell'evento e quindi l'assenza di verbalizzazione nel contesto ambientale primario e sociale^{8 12 64 77}); b) l'assetto personologico preesistente, da inquadrarsi in un substrato sociale, familiare, biologico, costituzionale^{32 78 79}; c) la modalità di gestione del trauma, essendo l'evento in sé un catalizzatore di cambiamento e di adattamento^{8 32 80-82}.

Il ruolo patogenetico di un abuso infantile non è limitato all'emergenza di una sintomatologia psicopatologica, ma anche all'andamento dei diversi disturbi, favorendone la cronicizzazione^{83 84}.

La vasta letteratura inerente le conseguenze psicopatologiche in soggetti sottoposti ad abuso sessuale^{8 79} non è controbilanciata dagli sporadici *report* su soggetti che in corso di sedute psicoterapiche riportano al terapeuta tematiche deliranti (o deliroidi) d'abuso^{85 86}; non c'è assolutamente niente in letteratura su quella consistente quota

di pazienti, di sesso femminile che, durante fasi acute di disturbi psichici più vari, verbalizza un'ideazione d'abuso completamente avulsa dal reale e criticata alla risoluzione dell'episodio. È questo il principale motivo che ci ha inizialmente spinto a intraprendere la presente ricerca.

Scopo dello studio

Il campione analizzato nello studio include soggetti di sesso femminile ricoverati dal 10 luglio 2008 a tutt'oggi, 10 settembre 2010, presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della ASL 1 di Massa Carrara (che serve una popolazione di oltre 200.000 abitanti), o visitate con modalità urgenti in regime di pronto soccorso, che hanno affermato di essere state abusate nell'età infantile o adolescenziale: ogni paziente è stata sottoposta a un colloquio clinico riservato necessario a creare una relazione empatica e fiduciosa, quindi a una intervista semi-strutturata, specificamente creata allo scopo di raccogliere le circostanze degli abusi; infine le pazienti venivano valutate tramite SCID I e II allo scopo di stabilire la diagnosi in accordo al DSM-IV-TR⁶⁴.

Sulla base dei loro racconti le pazienti sono state classificate per tipo di abuso (stupro, rapporti sessuali senza penetrazione, aggressioni, molestie, giochi erotici tra coetanei). Sono stati inoltre rilevati per ogni paziente la presenza di multipli abusatori e il ripetersi degli abusi nell'età adulta.

Per l'attendibilità dei racconti ci siamo riferiti ai criteri generali della letteratura⁸: l'elevata coerenza dei racconti suggeriscono una buona attendibilità, mentre al contrario variazioni, incertezze e incoerenze rendono meno verosimile il racconto. Quando possibile è stato utilizzato un metodo di test-retest per valutare la coerenza del racconto nel tempo. Anche la ricerca di una conferma esterna del racconto è stata sempre ricercata, anche quando non realizzabile. Ispirandoci all'affermazione di Odifreddi⁸⁷ secondo cui "... un'affermazione è vera se descrive uno stato di fatto, giustificata se ci sono ragioni razionali per crederci e soltanto creduta se qualcuno vi crede ...", alla luce di una accurata anamnesi coinvolgente quando possibile il contesto familiare delle pazienti, abbiamo deciso di classificare gli abusi come:

- *veri* se descritti con costanza e coerenza nei dettagli ed eventualmente confermati dai familiari, conoscenti, servizi sociali e magistratura.
- *possibili* quando vengono sostenuti con fermezza e a lungo termine dalla paziente ma presentano delle variazioni nei dettagli nelle diverse osservazioni e sono smentiti attendibilmente dai familiari;
- *irreali* quando compaiono in maniera fugace o effimera per poi essere criticati o dimenticati, ripetersi nelle recidive acute di malattia oppure, più raramente, alimentare un vero e proprio delirio cronico.

Campione

Sono state reclutate 46 pazienti di età compresa dai 20 ai 75 anni (media 41,3 anni); 20 pazienti sono divorziate, 2 pazienti sono vedove, 10 sono coniugate e 14 sono nubili (di queste 3 pazienti non hanno mai avuto rapporti sessuali); 21 pazienti presentano modalità "disorganizzate" di relazione con una vita sessuale instabile, caratterizzata da molteplici rapporti alternati talora a periodi di solitudine e di rifiuto della sessualità, in presenza di un persistente intenso desiderio di rapporti affettivi.

Risultati dell'indagine

Il campione risulta così distribuito: 27 soggetti (59%) rientrano nella categoria "Veri", 11 pazienti (24%) in quella "Possibili", e infine 9 (17%) in quella "Irreali". Numericamente dunque i casi "Veri" (27) sono più del doppio dei "Possibili" (11) e tre volte rispetto agli "Irreali" (9). Tuttavia queste stime risentono di numerose incertezze (vedi oltre le variazioni diacroniche dei racconti).

Di seguito riportiamo in sintesi il dettaglio delle dichiarazioni:

A) Veri

1. Abuso completo e ripetuto da parte del padre, sia sulla paziente che sulla sorella, dai 5 ai 12 anni. Ci sono stati interventi dei servizi sociali e strascichi giudiziari per molti anni.
2. Tentativo d'abuso da parte del padre all'età di 12 anni.
3. Molestie sessuali (carezze) da parte del padre (medico) in stato di ebbrezza, all'età di 7 anni (in due distinte occasioni); uno stupro da parte di un arabo in età adulta e di un infermiere del PS dove si era recata in stato di ebbrezza.
4. Molestie sessuali da parte del fratello maggiore all'età di 14 anni.
5. Molestie sessuali da parte di un adulto affetto da condotte pedo-parafiliche all'età di 3 anni con un abuso sessuale all'età di 6 anni.
6. Molestie sessuali da parte di un vicino di casa quando aveva 6 anni, e rapporti orali con un cugino quando aveva 11 anni.
7. Abuso completo da parte del padre all'età di 11 anni, poi seguito da molestie sessuali a 16 anni da parte di un vicino di casa.
8. Tentativo di violenza sessuale quando aveva 16 anni da parte di uno zio paterno, poi a 67 anni da parte di ladri che le entravano in casa, dopo averla addormentata.
9. Per anni, fin da quando era piccolissima, il padre ubriaco la toccava e si faceva toccare ogni sabato pomeriggio, mentre la madre dormiva. A 16 anni, una delle prime volte che usciva da sola, venne violentata da due coetanei.

10. Dai 6 anni fino all'adolescenza il padre adottivo la toccava e si faceva toccare ogni due o tre sere quando rientrava in casa, seminando un clima di terrore; la madre diceva che era lei a provocarlo; fu creduta dalla nonna quando scappò di casa dopo i 14 anni.
11. Molestie sessuali da parte di uno zio acquisito all'età di 15 anni; rivelate alla madre e alla zia le fu intimato di tacere.
12. Molestie sessuali da parte del patrigno a partire dai 10 anni, reiterato in diverse occasioni in assenza della madre; diversi anni dopo riferisce un tentativo di abuso da parte di un fidanzato in stato di ebbrezza alcolica.
13. Abuso sessuale da parte di un fidanzato di dieci anni maggiore quando la paziente aveva 15 anni e, successivamente, a una età che la paziente non sa riferire, da parte di un amico della madre.
14. Molestie sessuali all'età di 6 anni da parte di un uomo, vicino di casa, di 78 anni; le molestie sono ricordate come esperienze piacevoli e ricercate anche attivamente, non come atti coercitivi.
15. Abuso sessuale all'età di 15 anni da parte di un conoscente di 46 anni. L'abusatore, a detta della paziente, alcoolista.
16. Diversi episodi di molestie sessuali (toccamenti) all'età di 12 anni da parte del nonno materno (la paziente era adottata).
17. Molestie sessuali dall'età di 5 fino agli 8 anni da parte di coetanei o bambini di età superiore.
18. Abuso sessuale da parte del padre quando aveva 7 anni in un'unica occasione; in seguito riferisce abusi sessuali da parte del marito durante gli stati di intossicazione alcolica.
19. Molestie sessuali da parte dello zio all'età di 4 anni; a 8 anni toccamenti da parte di coetanei che la stessa permetteva dietro compenso in denaro.
20. Tentativo di abuso sessuale da parte del nonno in stato di intossicazione alcolica quando aveva 9 anni e mezzo.
21. Molestie sessuali da parte di uno zio paterno quando aveva 8 anni.
22. Abuso sessuale da parte del padre quando la paziente aveva 12 anni.
23. Episodi di abusi sessuali ripetuti quando la paziente aveva 12-13 anni perpetrati dal padre in diverse occasioni.
24. Un abuso sessuale all'età di 15 anni da un conoscente.
25. Molestie dal cugino quando aveva 4 anni e successivamente al cinema da uno sconosciuto; lo ha ricordato dolorosamente, dopo aver represso il ricordo per tutta la vita, all'età di 75 anni durante un episodio depressivo.
26. All'età di 14 abusi orali da parte del padre, vedovo e alcoolista, ex tossicodipendente, per un periodo limitato ad alcuni mesi. A seguito della scoperta di

questi fatti il fratello della paziente accoltellò il padre finendo in carcere. Il padre è stato allontanato e non ha più rapporti con la paziente.

27. All'età di 12 anni molestie da parte del fratello maggiore in stato di intossicazione alcolica; all'età di 17 anni descrive "attenzioni" da parte del fratello di una amica. Nel proseguo in età adulta durante un ricovero in un reparto di Psichiatria afferma di aver subito violenza da uno sconosciuto.

B) Possibili

1. Abuso sessuale completo, verificatosi in un'unica occasione, durante la degenza della madre in ospedale, da parte del padre quando aveva 6 anni.
2. Abusi sessuali ripetuti dall'età di 6 fino ai 12 anni, inclusa la penetrazione anale, da parte di un amico del padre durante il periodo estivo.
3. Tentativo di abuso sessuale all'età di 3 anni e mezzo da parte del padre che già abusava della sorella; un nuovo tentativo di abuso viene descritto nell'adolescenza.
4. Molestie sessuali ripetute dall'età di 6 fino ai 12 anni da parte del padre.
5. Molestie da parte del fidanzato della sorella maggiore all'età di 10 anni e successivamente all'età di 16 anni, mentre baciava il fidanzato, da parte di due amici di quest'ultimo (toccamenti).
6. Molestie ripetute in diverse occasioni a partire dall'infanzia da parte del padre in stato di intossicazione alcolica.
7. Molestie sessuali da parte del padre dall'età di 11 fino ai 13 anni con toccamenti sui genitali (anche sulla sorella minore che invece li ricorda come gesti affettuosi).
8. Molestie sessuali da parte di un ragazzo di età maggiore quando aveva 6 anni (le aveva appoggiato il pene dopo essersi spogliato).
9. Molestie sessuali da parte del patrigno quando la paziente aveva 7 anni con toccamenti sulle parti intime.
10. Molestie da parte del padre dall'età di 12 anni fino a un abuso completo due anni fa quando la paziente aveva 34 anni.
11. Molestie da parte di un vicino di casa all'età di 5-6 anni.

C) Irreali

1. Abusi riferiti dall'età di 4 anni fino a quella di 10 anni da parte del padre, e successivamente da parte del coniuge, che avrebbe abusato anche delle loro figlie oltre a intrattenere una relazione con la propria madre.
2. Abuso all'età di 10 anni da parte di uno zio che cercava di abusare nuovamente di lei all'età di 45 anni; attualmente descrive come il padre bussi alla sua porta richiedendo rapporti sessuali e masturbandosi.

TABELLA I.Casi di abuso "Vero". *Cases labeled as "True".*

Nome	Età	Età abuso	Abusatore	Età rivelazione	Diagnosi	Classificazione dell'abuso	Andamento del tema d'abuso
D.J.	29	5-12 anni	Padre	17 anni	Disturbo borderline	Vero	Cronico
L.M.R.	47	11 anni	Padre	14 anni	Disturbo bipolare	Vero	Su richiesta
V.C.	32	7 anni e successivamente in età adulta	Padre in età infantile, uno sconosciuto in età adulta	Durante un ricovero	Disturbo borderline, disturbo distimico, disturbo da uso di alcool	Vero	Confidenziale
S.A.	49	1 solo episodio	Fratello maggiore	41 anni	Disturbo schizoaffettivo	Vero	Episodico
D.L.G.	52	3 anni e mezzo e 6 anni	Adulto sconosciuto	Durante un ricovero	Disturbo istrionico	Vero	Su richiesta
C.M.	41	1 episodio a 6 anni 1 episodio a 11 anni	A 6 anni da un vicino di casa, a 11 anni da un cugino	18 anni	Disturbo borderline, disturbo distimico, disturbo da uso di sostanze	Vero	Confidenziale
L.M.G.	63	Pre adolescenziali e adolescenziali	Padre	32 anni	Disturbo schizoaffettivo	Vero	Sporadico
M.E.	70	1 episodio a 16 e uno a 67 anni	A 16 anni da uno zio, poi a 67 anni da ladri rumeni	16 anni per il primo, a 70 anni il secondo	Disturbo delirante (organico)	Vero	Su richiesta
B.I.	45	3-10 anni 16 anni	Padre i sabati pomeriggio in stato di ebbrezza Coetanei nell'adolescenza	Adolescenza	Disturbo depressivo maggiore in disturbo borderline di personalità	Vero	Confidenziale
M.F.	43	6-14 anni	Ogni due o tre sere da parte del padre adottivo, cavatore, alcolista	Subito, non fu creduta	Disturbo depressivo maggiore in disturbo borderline di personalità, pregresso disturbo da uso di sostanze	Vero	Confidenziale
B.D.	43	15 anni	Zio acquisito	Subito ma non fu creduta	Disturbo depressivo maggiore psicotico	Vero	Confidenziale
G.E.	35	10 anni	Patrigno. Alcuni anni dopo da parte di un fidanzato alcolista	Dopo alcuni anni	Disturbo borderline di personalità	Vero	Confidenziale
Q.A.	49	15 anni	Abuso da parte di un fidanzato di 10 anni maggiore e successivamente da parte di un amico della madre	Subito per il primo episodio. Il secondo lo ha ricordato solo 2 anni fa	Disturbo borderline di personalità con disturbo da uso di alcool	Vero	Cronico il primo; di recente rivelazione e confidenziale il secondo

(continua)

(Tab. 1 - segue)

Nome	Età	Età abuso	Abusatore	Età rivelazione	Diagnosi	Classificazione dell'abuso	Andamento del tema d'abuso
M.L.	42	6 anni	Vicino di casa di 78 anni	Recente rivelazione	Disturbo bipolare	Vero	Confidenziale
V.A.R.	45	15 anni	Conoscente	Un anno fa allo psicologo	Disturbo psicotico breve disturbo da uso di alcool, DCA	Vero	Cronico
B.L.	46	12-13 anni	Nonno materno (paziente adottata)	Alcuni anni dopo a una amica	Disturbo di personalità	Vero	Confidenziale
F.M.	21	5-8 anni	Coetanei o ragazzini di età superiore	A 15 anni durante un ricovero per anoressia nervosa	Disturbo borderline, disturbo depressivo, disturbo della condotta alimentare	Vero	Cronico
M.M.C.	42	7 anni	Padre	42 anni durante ricovero in SPDC	Disturbo depressivo maggiore	Vero	Confidenziale
B.A.	34	4-5 anni da parte di uno zio e a 8 anni da parte di coetanei	Da parte di uno zio e poi da parte di coetanei	Alla madre per l'episodio dello zio; ad uno psicologo per quelli successivi	Disturbo depressivo maggiore psicotico	Vero	Confidenziale
Q.T.	22	9 anni e mezzo	Nonno	Alla sorella	Disturbo depressivo	Vero	Confidenziale
P.L.	37	8 anni	Zio paterno	A 23 anni allo psicoterapeuta	Disturbo ciclotimico, disturbo d'ansia	Vero	Confidenziale
B.C.	45	12 anni	Padre	Successivamente	Disturbo depressivo, disturbo da uso di sostanze	Vero	Confidenziale
D.N.R.	46	12-13 anni	Padre	Ai familiari poco dopo gli abusi	Disturbo di personalità in ritardo mentale	Vero	Cronico
B.C.	34	15 anni	Conoscente	A 15 anni	Disturbo di panico con disturbo depressivo	Vero	Cronico
G.M.	75	4 anni	Cugino e successivamente uno sconosciuto al cinema	A 75 anni	Disturbo depressivo maggiore	Vero	Confidenziale
R.J.	20	14 anni	Padre etilista	A 14 anni	Disturbo borderline	Vero	Cronico
B.S.	56	12 anni, poi a 17 anni e quindi in età adulta	Fratello ubriaco, poi dal fratello di una amica e quindi da uno "sconosciuto" durante un ricovero	Dopo 30 anni di silenzio	Disturbo bipolare	Vero	Confidenziale

- Abusi sessuali dai 7 fino ai 10 anni da parte di alcuni ragazzi, di un vicino di casa e da uno zio.
- Abuso sessuale da parte di uno sconosciuto in strada, recentemente da parte di uno psichiatra coadiuvato da una sua collega.
- Abusi ripetuti durante il periodo pre-adolescenziale e adolescenziale da parte di coetanei, cugini, Kurt Cobain e perfino un cane. La paziente non sa se alcuni di questi abusi si sono verificati o meno in quanto lei si trovava in stato di alterazione della coscienza

TABELLA II.Casi di abuso "Possibile". *Cases labeled as "Possible"*.

Nome	Età	Età abuso	Abusatore	Età rivelazione	Diagnosi	Classificazione dell'abuso	Andamento del tema d'abuso
L.L.	38	6 anni	Padre	22 anni	Disturbo bipolare	Possibile	Occasionale
G.B.	34	1 episodio a 11 anni e poi a 16 anni	A 11 anni da parte del padre, a 16 anni da un vicino di casa	30 anni	Disturbo d'ansia	Possibile	Cronico
S.G.	54	3 anni e mezzo	Padre	50 anni	Disturbo bipolare	Possibile	Confidenziale
R.C.	40	6-12 anni	Padre	Adolescenza	Disturbo borderline, disturbo da uso di sostanze	Possibile	Cronico
C.A.	43	10 anni e 15 anni	Fidanzato della sorella maggiore a 10 anni; successivamente da parte di amici del fidanzato a 15 anni	Età adulta	Disturbo delirante	Possibile	Confidenziale
L.E.	42	Infanzia	Padre etilista	24 anni	Disturbo borderline, disturbo da uso di alcool e pregresso DCA	Possibile	Cronico
B.R.	46	Dagli 11 fino ai 13 anni	Padre	46 anni	Disturbo bipolare II	Possibile	Confidenziale
B.P.	49	6 anni	Ragazzo di età maggiore	Alcuni anni fa	Disturbo bipolare I	Possibile	Confidenziale
B.L.M.	41	7 anni	Patrigno	40 anni	Disturbo borderline	Possibile	Confidenziale
S.A.	36	12 anni e 34 anni	Padre	In diverse occasioni	Disturbo delirante	Possibile	Cronico
B.M.F.	46	5-6 anni	Vicini di casa	In relazione all'acuzie sintomatologica	Disturbo bipolare	Possibile	Cronico

da alcool e droghe, e, quindi, retrospettivamente ha cercato di stabilirne la veridicità senza riuscirci.

6. Accuse ripetute in diverse occasioni di abuso non meglio specificato da parte del padre.
7. Tentativo di violenza sessuale quando aveva 16 anni da parte di uno zio paterno, poi a 67 anni da parte di ladri che le entravano in casa, dopo averla addormentata (ripetuto già nel gruppo "Veri")^d.
8. Abusi sessuali da parte del fratello di 10 anni maggiore quando la paziente aveva 7 anni; lo scorso anno riferisce abusi da parte di un altro utente del CSM, da un IP e da un OSS incontrato per strada.

9. Abusi sessuali da parte del padre e della sua nuova compagna con descrizione di scenari terrifici e rituali da setta satanica.

Secondo l'intervista strutturata SCID I e II, 14 pazienti soddisfano i criteri del disturbo di personalità borderline e istrionico (in comorbidità "disturbo da uso di alcool e sostanze"), 18 pazienti i criteri per "disturbo dell'umore" (inclusi sia il "disturbo bipolare" che gli "episodi depressivi" con o senza sintomi psicotici), 3 pazienti per "disturbo d'ansia", 9 soggetti per "disturbo psicotico" ("disturbo schizoaffettivo", "schizofrenia" e "disturbo delirante su base organica"), 1 paziente per

^dUna stessa paziente (già indicata nel sottoinsieme Veri con il numero 8), rientra sia nella categoria "Vero" che in quella "Irreale": si tratta infatti di una paziente di 70 anni il cui secondo abuso rappresenta verosimilmente una rielaborazione confuso-onirica della precedente esperienza reale.

“ritardo mentale” e 1 paziente per “disturbo della condotta alimentare”.

Le diagnosi in accordo con il DSM-IV-TR differenziano i gruppi nei quali l’abuso è “Vero” (n. 27) da quelli “Possibili” (n. 11) e quelli “Irreali” (n. 9). Nei primi prevalgono infatti i “disturbi di personalità”, puri o in comorbidità con “disturbo da uso di sostanze” (tra i “Veri” n. 10, 37%), con prevalenza del disturbo borderline di personalità (n. 9, 30%), e i “disturbi dell’umore” (n. 10, 37%, comprendendo “disturbo depressivo maggiore con e senza sintomi psicotici”, “disturbo bipolare” e “disturbo distimico”); gli altri casi sono: 1 “disturbo della condotta alimentare”, 1 “ritardo mentale”, 2 “disturbo d’ansia”, 3 “disturbo psicotico”. Nei “Possibili” prevalgono i “disturbi dell’umore” (n. 5, 45,45%), mentre i restanti sono “disturbi di personalità” (n. 3, tutti classificati come borderline), “disturbo psicotico” (n. 2, disturbo delirante) e “disturbo d’ansia” (n. 1); nel gruppo “Irreali” dominano le psicosi (n. 5, 55,5%, di cui una organica), mentre i restanti casi risultano “disturbi dell’umore” (“bipolare”, 3 casi) e “disturbo di personalità” (di tipo “borderline”, 1 caso). L’esiguità dei numeri non consente un’analisi statistica ma appare evidente una tendenza nella distribuzione delle diagnosi da disturbi di personalità e dell’umore verso le psicosi man mano che i racconti divengono meno credibili.

Nel campione 22 pazienti hanno subito un abuso occasionale mentre 24 hanno riferito più episodi nel corso dell’infanzia. Tra i soggetti che hanno riferito un solo episodio d’abuso sessuale 15 (68%) soggetti rientrano nel gruppo “Veri”: 6 pazienti presentano un disturbo dell’umore (40%), 5 pazienti un disturbo di personalità (33%), 3 pazienti un disturbo psicotico (20%), e una paziente un disturbo d’ansia (7%); 3 pazienti (14%) rientrano nel gruppo “Possibili” e presentano diagnosi di disturbo psicotico; 4 pazienti (18%) rientrano nel gruppo “Irreali”: 3 soggetti risultano affetti da disturbo psicotico (75%) e uno da disturbo dell’umore (25%).

Nel gruppo di pazienti che hanno riferito il ripetersi nell’età infantile di episodi di abuso sessuale 13 pazienti (54%) rientrano nella categoria “Vero”: di questi 6 presentano un disturbo di personalità (48%), 3 un disturbo dell’umore (24%), un soggetto (7%) un disturbo psicotico, un soggetto (7%) un disturbo d’ansia, un soggetto (7%) un ritardo intellettivo e un soggetto (7%) un DCA; 6 (25%) pazienti rientrano nella categoria “Possibili”: di questi 2 (33%) presentano un disturbo di personalità, e 2 (33%) un disturbo dell’umore, mentre un soggetto (17%) presenta un disturbo psicotico e uno (17%) un disturbo d’ansia.

Il 30% (14 pazienti) delle pazienti descrive il ripetersi degli episodi di abuso sessuale anche in età adulta: 7 (50%) pazienti rientrano nel gruppo “Vero” con 3 pazienti con

disturbo borderline di personalità (43%), 3 pazienti con disturbo dell’umore (43%) e una paziente con disturbo psicotico (14%); 2 pazienti rientrano nel gruppo “Possibile”: di questi una presenta un disturbo borderline di personalità e una un disturbo psicotico. Infine 5 pazienti rientrano nel gruppo “Irreali” con prevalenza (4 pazienti, 80%) di disturbo psicotico e una solo paziente con disturbo borderline di personalità.

In 6 pazienti (13% del campione) l’abuso sessuale risultava perpetrato da un adolescente mentre nella maggior parte dei casi da un adulto (87%).

In 27 pazienti (59% del campione) l’abusatore risultava un familiare (con prevalenza per quello che concerne le diagnosi di disturbo dell’umore, 12 pazienti, (41%), mentre in 19 pazienti (41%) era un soggetto esterno alla famiglia (in questo caso 9 soggetti presentavano un disturbo di personalità, 47%) (Tab. IV).

In un’importante percentuale (14 pazienti su 46 casi, 30%), gli abusatori vengono descritti come agenti in stato di ebbrezza più o meno accentuato; questo dato appare interessante in quanto l’alcool, oltre ad avere su determinati individui potere disinibente sugli impulsi, può anche determinare degli stati francamente dissociativi (ebbrezze patologiche) con amnesia lacunare successiva^e. In alcuni casi l’incertezza sul resoconto era almeno in alcuni episodi legato al fatto che la paziente stessa poteva trovarsi sotto l’effetto dell’alcool o dell’abuso di sostanze.

Tra i diversi sottogruppi individuati non è emersa alcuna importante differenza nell’età in cui per la prima volta la paziente ha fatto menzione dell’abuso: nei “Veri” l’età media della rivelazione è 43,40 anni, nei “Possibili” 42,5 anni, negli “Irreali” 42,55 anni.

Tutti i soggetti parlano con difficoltà e malvolentieri di questi fatti, tuttavia l’impressione degli intervistatori, che ripropone l’opinione di Fivush e Edwards⁸⁸, è che i soggetti realmente abusati prevalentemente (64,4%) non vadano incontro a una vera e propria amnesia; piuttosto non ne parlano con nessuno, tengono dentro di sé il loro segreto e cercano di rimuoverlo attivamente fin quando possono. L’affermazione tipica delle pazienti realmente abusate è “queste cose non si dimenticano”. Poche pazienti (3 pazienti, 6% del campione) parlano delle loro esperienze precoci senza una particolare partecipazione emotiva, riferendo che all’epoca esse rappresentarono per loro una scoperta non priva di elementi piacevoli e di curiosità: tale aspetto non ne esclude tuttavia il carattere traumatico e disorganizzante.

Solo il 30% del campione (14 pazienti) ha avuto amnesia dell’abuso subito, in accordo con i valori emersi nello studio di Brenneis (tra il 20 e il 60%)²⁶ ma in misura inferiore a quanto descritto da Giannantonio (64%)¹².

Queste pazienti hanno riferito di aver “ricordato” gli epi-

^e L’ebbrezza patologica implica uno “stato dissociativo”, qui a carico dell’abusatore e non dell’abusato, di origine tossica.

TABELLA III.

Casi di abuso "Irreali". Cases "Unreal".

Nome	Età	Età abuso	Abusatore	Età rivelazione	Diagnosi	Classificazione dell'abuso	Andamento del tema d'abuso
P.C.	44	Dai 4-10 anni, dai 32-44 anni	Prima dal padre poi dal marito	29 anni	Disturbo bipolare I (episodio misto)	Irreale	Cronico con riaccutizzazioni
C.B.	56	10 anni e poi 45 anni	Zio, padre	26 anni	Disturbo schizo-affettivo	Irreale	Episodico
S.F.	30	7-10 anni	Amici, vicino di casa e uno zio	In relazione a eventi vitali stressanti	Disturbo bipolare I (episodio misto)	Irreale	Episodico
V.C.	40	Adolescenza e età adulta	Prima da uno sconosciuto poi da uno psichiatra	In fasi di riaccutizzazione del disturbo	Disturbo delirante	Irreale	Cronico con riaccutizzazioni
D.A.J.	28	Pre-adolesc. e adolescenziale	Coetanei, parenti, cantanti rock e animali	In fasi di riaccutizzazione del disturbo	Disturbo borderline e schizotipico	Irreale	Episodico
M.F.	33	Adolescenziiale	Padre	33 anni	Disturbo schizofreniforme	Irreale	Occasionale
M.E.	70	1 episodio a 16 ed uno a 67 anni	A 16 anni da uno zio, poi a 67 anni da ladri rumeni	16 anni per il primo, a 70 anni il secondo	Disturbo delirante (organico)	Vero/ Irreale	Su richiesta
P.P.	48	A 7 anni e lo scorso anno da IP e OSS	Dal fratello di 17 anni e da IP ed OSS	Diversi anni fa in relazione all'acuzie sintomatologica	Disturbo bipolare, disturbo da uso di alcool	Irreale	Su richiesta
E.S.	30	All'età di 26 anni e di 30 anni	Padre	In relazione all'acuzie sintomatologica	Disturbo psicotico NAS	Irreale	Su richiesta

sodi di abuso dopo una più o meno lunga amnesia: di queste 6 pazienti (22%), rientrano nel gruppo "Veri", 5 (45,45%) in quello "Possibili" e 3 (33%) in quello "Irreali"; 9 pazienti sono affette da disturbo bipolare, 2 da disturbo borderline di personalità, 2 da disturbo d'ansia e 1 da un disturbo depressivo.

Nella maggior parte dei casi (n. 26, 56%) sono i familiari a essere le prime figure cui viene effettuata la rivelazione (per lo più figure femminili quali la madri, zie o sorelle), in pochi casi (n. 2 7,7%) sono conoscenti; questi racconti vengono fatti in prossimità temporale all'abuso, ma talora anche molti anni dopo (in media dopo 8,40

anni dall'evento) e suscitano reazioni variabili, talora di incredulità, scarsa comprensione o addirittura ribaltamento delle accuse, più raramente di aggressione verso l'abusatore, soprattutto se non si tratta di un familiare. In una percentuale rilevante la rivelazione è stata fatta molti anni dopo l'episodio (in media dopo 20 anni) allo psicologo o allo psichiatra (n. 20 44%). La rievocazione (o rivelazione) tardiva dell'evento avviene in genere in concomitanza con eventi vitali stressanti o significativi (come ad esempio fidanzamenti, matrimoni, gravidanze, emancipazione dalle famiglie di origine) e/o in relazione ai primi episodi depressivi o psicotici acuti, tutte condizioni che eviden-

TABELLA IV.Distribuzione delle diagnosi negli abusi intra ed extra familiari. *Distribution of diagnoses in intra- and extra-family abuse.*

Gruppo	D. umore	Psicosi	D. person.	D. ansia	D. uso sostanze	DCA	Minus
Familiare (n. 27)	12	7	5	1		1	1
Non familiare (n. 19)	6	2	9	2			

temente consentono l'allentamento dell'amnesia o della repressione del ricordo.

La presenza di amnesia, e quindi di una improvvisa "scoperta" o "rivelazione", non correla tanto con la realtà o irrealtà dell'abuso – come ipotizzato da Brandon²⁸ – bensì con la diagnosi di disturbo bipolare nel corso del quale si inseriscono gli episodi confusionali, dissociativi e di grande angoscia nei quali questi ricordi vengono riattualizzati.

I ricordi sono riaffiorati in uno stato alterato di coscienza (crepuscolare, oniroide, paranoide, di intossicazione alcolica) in tutte e 9 le pazienti del gruppo "Irreale", in 2 del gruppo "Possibile" e in 2 del gruppo "Vero"; le altre 25 pazienti del gruppo "Vero" e le altre 9 del gruppo "Possibile" ricordavano i fatti o l'avevano rievocati in una condizione di piena lucidità. Tuttavia 6 pazienti del gruppo "Vero" e 2 del gruppo "Possibile" presentano fenomeni pseudo-allucinatori riferibili a esperienze di abuso (ad esempio vedono figure indistinte, osservanti e minacciose di "uomini neri", "ombre", "omini microscopici"). In sintesi l'alterazione dello stato di coscienza è prevalente nelle pazienti del gruppo "Irreale" (prevalentemente psicotiche) mentre i fenomeni allucinatori e l'amnesia sono distribuite in modo non discriminante nei diversi gruppi (Tab. V).

Anche la variazione dei racconti nel corso delle interviste successive, indipendentemente dalla loro verosimiglianza, è distribuita in tutti e tre i sottogruppi dei pazienti e implica, se le nuove versioni sono prese per vere, l'emergenza di nuovi ricordi, quindi la risoluzione di ulteriori amnesie lacunari. Ad esempio nel gruppo "Veri" la paziente A3 ha prima riferito dei tocamenti, poi un vero e proprio tentativo di penetrazione da parte del padre e da ultimo ha riferito che anche l'abuso da parte di un infermiere del PS mentre era in stato di ebbrezza; la A12 ha prima riferito l'abuso da parte del patrigno, successivamente ha mostrato il dubbio che anche il padre naturale potesse averla abusata, la A13 e la A15 hanno successivamente aumentato il numero degli abusatori, la A18 ha arricchito di dettagli il racconto nel corso di diversi colloqui incorrendo in una serie di contraddizioni. Nel gruppo "Possibili", la B4 e la B6 hanno arricchito il numero degli abusatori nel tempo, la B10 ha riferito nel tempo abusi

veri ad altri probabili o soltanto ipotizzati quando lei era in stato di intossicazione o sotto l'uso degli psicofarmaci. La variabilità dei racconti delle pazienti classificate nella prima valutazione come "Vero" o "Possibile" dimostra la provvisorietà e talora la precarietà dei criteri di assegnazione almeno in questi due diversi gruppi.

Nel gruppo "Irreale" la paziente C1 accresce di volta in volta il numero degli abusi, del loro tipo e degli abusatori, prolungandoli fino alla vita adulta, le pazienti C3, C5 e C9 criticano completamente le proprie affermazioni al di fuori della fase di acuzie del disturbo psicopatologico, mentre le pazienti C2 e C6 non ne fanno più menzione nelle fasi di ripresa di un sufficiente equilibrio. Le altre continuano a sostenere le loro dichiarazioni, con modalità simil-deliranti, qualora venga riaffrontato il tema.

Discussione

Il primo risultato dell'indagine è che dichiarazioni e temi di abuso sessuale non sono affatto infrequenti nella clinica psichiatrica, se vengono ricercati. I contenuti di queste dichiarazioni rinviano tuttavia, come del resto è ben noto nella letteratura⁸, a fatti reali o presunti estremamente eterogenei, da occasionali molestie o tentativi di violenza a esperienze con adulti o ragazzi più grandi fino a incesti occasionalmente o ripetutamente perpetrati o violenze più o meno complete e reiterate nel tempo.

Il secondo risultato rilevante è la quantificazione (intorno al 20%) dei casi nei quali l'affermazione è destituita con sicurezza di qualunque valore di realtà. Al di là del dato concreto appare tuttavia soprattutto importante non solo identificare la veridicità del racconto con un'analisi dettagliata dell'anamnesi e dei vissuti, ma soprattutto stabilire criteri e strumenti affidabili per comprenderne il ruolo nella patogenesi del disturbo stesso. Infatti una cosa è trovarsi di fronte a un adulto che è stato effettivamente abusato in età evolutiva, un'altra averne uno che "pensa" o "dice" o "crede" di esserlo stato, un'altra ancora rapportarsi alle pazienti che lo immaginano o che lo producono come tema delirante. *La modalità della rievocazione del ricordo rappresenta forse l'elemento che può più orientare verso la veridicità o meno delle affermazioni.* Tuttavia sono piuttosto la qualità del vis-

TABELLA V.

Distribuzione dell'amnesia, dell'alterazione dello stato di coscienza e delle pseudo-allucinazioni nei diversi sottogruppi. *Percentages of amnesia, disorders of the state of consciousness and pseudo-hallucinations in the three different subgroups.*

Gruppo	Amnesia	Alt. stato di coscienza	Pseudoallucinazioni
Vero (n. 27)	6 (22%)	2 (7,4%)	6 (22%)
Possibile (n. 11)	5 (45,5%)	2 (18%)	2 (18%)
Irreale (n. 9)	3 (33%)	9 (100%)	3 (33%)

suto associato, le emozioni che l'hanno accompagnato, le conseguenze deterioranti nella famiglia di origine, i tentativi "auto terapeutici" di reagire alla situazione di abuso per controllarla, spesso con modalità coattive di ripetizione che espongono la bambina abusata a nuove esperienze sessuali troppo precoci, insoddisfacenti o addirittura a nuovi abusi e la generale interferenza di questi processi nella vita sessuale adulta a essere i fattori di maggiore rilevanza patogena accanto agli effetti traumatici dell'abuso precoce in sé e per sé, ovviamente quando realmente avvenuto.

L'analisi di questi vissuti, confessati con difficoltà sia a familiari o conoscenti (56%) che ai terapeuti (44%) ad anni di distanza dall'abuso, rappresentano un elemento psicopatologico fondamentale per la diagnosi e la cura del soggetto e necessitano di un rapporto empatico e di fiducia che ne permetta la raccolta senza mai forzarne la rievocazione, al fine di una investigazione serena, non giudicante e non svalorizzante.

Il terapeuta è sempre costretto, con questi pazienti, a muoversi nel territorio ambiguo tra lo svelamento della verità e il rispetto delle difese, tra le quali l'amnesia vera e propria oppure la dimensione del segreto consapevole ma inconfessabile.

Per quanto riguarda il *gruppo degli abusi "Veri"* la nostra indagine rispecchia a grandi linee quanto già afferma la letteratura: si tratta di pazienti che hanno, a lungo termine, problematiche di attaccamento e disturbi psicopatologici che vanno dall'abuso di sostanze ai classici comportamenti delle personalità "borderline", ai disturbi affettivi maggiori con o senza fenomeni psicotici. *Si tratta comunque di quadri clinici la cui componente "psicogena" (non processuale) è ben evidente soprattutto nelle modalità con cui le pazienti si relazionano ai terapeuti, indipendentemente da quale sia la sintomatologia esibita.* Spesso si ha l'impressione di avere di fronte donne le cui ferite interiori hanno condizionato pesantemente i loro affetti e la loro vita erotica, che, altrimenti, sarebbe potuta essere molto meno sofferta e conflittualizzata, e che in qualche modo devono confrontarsi continuamente nella loro vita con l'evento traumatico provocandolo e ripetendolo. Per questo con frequenza divengono estremamente seduttive nelle relazioni e ricercano un'atmosfera di intimità col terapeuta o con gli altri operatori psichiatrici.

Anche in queste pazienti, come si è visto, sono ben rappresentati fenomeni di amnesia e soprattutto pseudo-allucinatori, che rendono in qualche modo meno credibile la veridicità delle loro affermazioni; in un certo numero di queste pazienti, cioè, anche se realmente abusate, l'intero carico emotivo del vissuto "transita" su un piano di dissociazione o depersonalizzazione, verosimilmente per la messa fuori gioco dei meccanismi difensivi (repressione, rimozione, dissociazione)⁸⁹⁻⁹⁰. *Questa alterazione dello stato psichico di per sé è una condizione che può alterare i processi mnemonici e che quindi non può garantire la validità dei ricordi*, come dimostra neanche la non rara variazione dei racconti nei retest.

L'alterazione dello stato di coscienza appare invece la regola nel gruppo "Irreale". Appare quindi necessario confrontarsi con le trattazioni classiche della destrutturazione della coscienza nelle psicosi acute⁷⁻⁹¹, e le divergenti concettualizzazioni della nozione di dissociazione e di "stato dissociativo"⁹²⁻⁹⁴, per poter proporre un valido modello formale di quanto accade nella mente di queste pazienti.

Nella letteratura si rileva una notevole confusione tra "dissociazione", intesa come meccanismo di difesa, e "stato dissociativo", come quadro più o meno pervasivo di destrutturazione della coscienza (dalla depersonalizzazione all'onirismo) che consente l'insorgenza di fantasie e contenuti ideativi di maggiore o minore verosimiglianza¹⁴⁻⁹⁵. Questi quadri considerati nella nosografia tradizionale "psicosi acute", e in quella d'ispirazione nordamericana "stati misti psicotici" o "disturbo dissociativo"⁹⁶⁻⁹⁷, rinviano alla controversa nozione di "psicosi psicogena o isterica"⁹⁸ e in buona parte si caratterizzano per il dissolvimento dell'"amnesia" o della repressione del ricordo, che apre la strada alla rivelazione ecmesica, all'indizio perturbante, al dubbio ossessivo o alla rivelazione simil-delirante dell'esperienza subita e alla sua ricostruzione più o meno coerente. Anche il delirium su base organica non sfugge a questo meccanismo, come dimostra il caso A8^f. In tutti i casi è evidente in questi quadri clinici un'intesa angoscia.

Dal punto di vista psicopatologico va quindi presa in considerazione l'ipotesi che i temi sessuali si distribuiscono in un continuum di realtà, penetranza, persistenza, patogenicità: sul piano diagnostico il continuum si

^fM.E., vedova, di 70 anni, è giunta in SPDC per una reazione paranoide in una demenza su base vascolare. Da circa tre anni la paziente ha iniziato a sviluppare una sintomatologia caratterizzata da tematiche deliranti d'abuso: è convinta di aver subito violenza sessuale durante la notte mentre stava riposando da parte di ladri di origine rumena che si erano introdotti nella sua abitazione, aiutati dalla badante della donna. Interrogata su eventi analoghi del passato, la paziente descriveva di aver subito all'età di 16 anni molestie sessuali da parte di uno zio esperto di sartoria per il quale stava facendo da modella: mentre stava indossando un tailleur il parente aveva cercato di abusarne, non riuscendovi solo per la reazione spaventata della giovane che riusciva a darsi alla fuga. Atterrita, interrompeva del tutto i rapporti con lo zio confessando l'accaduto all'età di 18 anni al futuro marito. A seguito della dimissione dall'SPDC la paziente sembra aver mantenuto una ideazione erotomanica con la convinzione "... che tutti i miei vicini credano che sia l'amante di tanti uomini ...".

riflette in una distribuzione che vede a un polo i disturbi borderline di personalità e i disturbi dell'umore, quindi condizioni nelle quali prevalgono le dimensioni psicopatologiche dell'affettività, all'altro le condizioni psicotico-deliranti funzionali e organiche. Un'adeguata espansione del campione, consentendo raffinate analisi statistiche, potrebbe consentire di stabilire correlazioni più specifiche tra abuso, tipi di abuso, loro verosimiglianza e diagnosi psichiatriche.

Come per gli altri classici temi deliranti si può ipotizzare che anche l'abuso sessuale infantile sia un'angoscia primordiale, primaria e inderivabile (antropologica) attivata da diversi fatti e situazioni inerenti la disposizione emotivo-affettivo-pulsionale e la vita sessuale femminile⁸. Come accade per altri derivati dell'angoscia, ad esempio le fobie ossessive⁹⁹, va rilevata la *verosimiglianza* dei temi d'abuso (lo statuto di fatto possibile anche se improbabile e moralmente disdicevole), quindi l'esclusione dal circolo dei deliri bizzarri, e la compartecipazione di tratti del carattere di base (ad esempio fobici ed evitanti).

Il tema dell'abuso sessuale precoce individua una complessualità psichica verso la quale le diverse pazienti e a volte la stessa paziente assumono posizioni contro-polari ora fobico-evitanti ora contro-fobico agite.

Per quanto riguarda il decorso, nel gruppo "Irreali" i temi di abuso possono svanire con il venir meno dell'alterazione dissociativa della coscienza che ne ha consentito l'affiorare, mentre in alcuni casi ritornano puntualmente a ogni ricaduta, anche se talora con variazioni tematiche; a volte però si strutturano nella mente dei pazienti con modalità non diverse da ogni altro tema fobico o delirante cronico, utilizzando indizi, coincidenze e altri mezzi associativi per mettere insieme e dare un senso ai frammenti della memoria. In particolare la c.d. "Sindrome della Falsa Memoria", che nella nostra casistica ricorre con chiarezza solo nel caso B2, appare come una complessa e ben sistematizzata costruzione derivata ed elaborata a partire dal

momento fecondo del "ricordo/rivelazione"; il dettaglio e la congruenza della (ri)costruzione finisce poi per rappresentare una solida barriera contro ogni tentativo di critica da parte degli interlocutori e per improntare interamente il progetto di vita del paziente.

Dai colloqui con le pazienti appare meritevole di ulteriore approfondimento la correlazione esistente tra le tematiche di abuso, la precarietà dell'attaccamento affettivo e le perturbazioni dei vissuti e della vita sessuale quali anorgasmia, evitamento fobico della sessualità, rifiuto ostinato di ogni relazione sessuale anche all'interno di legami coniugali, oppure la coazione promiscua (controfobica), fantasie erotomaniche, irrealistiche e talora perverse.

È tuttavia impossibile confrontare questi dati, peraltro di dubbia attendibilità, con analoghe problematiche nella popolazione generale. La non infrequente reiterazione delle esperienze di abuso precoce in età adolescenziale/adulta (14 pazienti, 30% del campione) può far pensare alla tendenza di queste donne a provocare la ripetizione degli eventi traumatici o a ri-agirli non più passivamente ma attivamente: per alcuni autori la ricerca di nuove relazioni può essere vista come il tentativo di raggiungere un livello di soddisfacimento maggiore, ma anche come auto-affermazione in mancanza di una corretta percezione della propria sessualità⁴⁷, con il pericolo di esporsi ad attività sessuali rischiose e poco gratificanti¹⁰⁰.

In conclusione la questione delle affermazioni di abuso precoce, richiamate o rivelate dopo molti anni di amnesia, rappresenta una realtà clinica ancora oggi tutt'altro che rara^h e di difficile interpretazione. Non desta meraviglia che già Freud abbia assunto verso di essa posizioni contrastanti e contraddittorie, sia per quanto riguarda la veridicità che il valore patogenetico dei ricordi d'abuso. L'eterogeneità di questi temi, che sfuggono alle indagini psicopatologiche di routine e sfidano ogni metodica standardizzata, ne giustifica il rifiuto da parte dei "puristi del-

⁸ È possibile identificare nel corso dell'infanzia fasi dello sviluppo di un bambino nelle quali si verificano specifici imprinting, vale a dire periodi di maggior sensibilità alle stimolazioni da parte del contesto culturale, ambientale, sociale (ad esempio la fedeltà ad una squadra di calcio comunemente si forma e struttura tra i 6 e i 9 anni di età e permane tutta la vita). Allo stesso modo è facilmente descrivibile in alcuni bambini una attenzione selettiva, e, nello specifico, una estrema sensibilità verso i contenuti sessuali, indipendentemente dalla presenza di episodi traumatici a contenuto sessuale. Tale maggior sensibilità, che porta a sviluppare nel bambino un interesse speciale verso la vita sessuale, è destinata a divenire un terreno fertile sul quale fatti anche banali possono svolgere un ruolo di imprinting significativo, in grado di manifestarsi nell'età adulta con conseguenze variabili sulla vita socio-relazionale e sessuale del soggetto. Si tratta quindi di bambini più sensibili verso i vissuti sessuali, destinati a rimanerli anche nel corso della vita adulta, al punto da "ripe-scare" tra gli episodi infantili eventi vissuti con un'emotività particolarmente intensa, tale da risultare traumatici al richiamo retrospettivo. Su questa predisposizione viene ad operare una diversificazione di genere alla pubertà: in pratica solo le femmine ripropongono ricordi di validità incerta o improbabile in relazione ad esperienze subite, con modalità forzate e passive.

Con questo non si vuole negare certamente la realtà dell'abuso infantile, un tema legato strettamente ad altri "buchii neri" della ricerca psicologica, quali la pedofilia e l'incesto. Neppure si vuole disconoscere i casi in cui l'abusato è di sesso maschile: nei pochi casi in cui questo genere di eventi viene riferito, si tratta di fatti assolutamente certi e privi di ambiguità rispetto alle reali conseguenze post-traumatiche.

^h Al fine di una dimostrazione della relazione tra psicopatologia e abuso sessuale precoce (reale o immaginato) il dato meriterebbe di essere confrontato con analoghi rilievi, peraltro difficili, nella popolazione generale e psichiatrica ambulatoriale.

la ricerca che focalizzano la loro attenzione sulla qualità del disegno dello studio, piuttosto che sull'importanza dell'argomento della ricerca"⁸. È comunque improbabile, come scrivono Fergusson e Mullen⁸ "che qualsiasi studio specifico, di per sé, risolva le ambiguità, i dubbi e le incertezze che continuano ad affliggere quest'area". Lo sguardo su questi fenomeni da un *setting* ad alta intensità clinica quale il nostro getta anche un'ombra critica su una letteratura nella quale il paziente viene "creduto" totalmente e nella quale il tema dell'abuso viene retrospettivamente a essere considerato *tout court* un fattore patogenetico piuttosto che, almeno in una percentuale non irrilevante di casi, un prodotto della malattia stessa o un elemento patoplastico che fornisce a essa semplicemente dei contenuti, dei temi.

L'importante, crediamo, è non farsi spaventare dalle estreme difficoltà che questo genere di indagine propone e rimuoverne per questo (come di fatto periodicamente avviene) lo studio.

Bibliografia

- 1 Masson JM. *Assalto alla verità. La rinuncia di Freud alla teoria della seduzione*. Trad. it. Milano: Arnoldo Mondadori 1984.
- 2 Freud S. *L'etiologia dell'isteria*. In: *Opere di Sigmund Freud, Studi sull'isteria e altri scritti. 1886-1895*, Vol. 1. Torino: Bollati Boringhieri 2003.
- 3 Freud S. *Lettere a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Torino: Bollati Boringhieri 1986.
- 4 Freud S. *Tre saggi sulla teoria della sessualità*. In: *Opere di Sigmund Freud, Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti. 1900-1905*. Vol 4. Torino: Bollati Boringhieri 2002.
- 5 Freud S. *Autobiografia* In: *Opere di Sigmund Freud. Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti. 1924-1929*. Vol. 10. Torino: Bollati Boringhieri 2000, pp. 75-141.
- 6 Jaspers K. (1911-1956) *Psicopatologia Generale*. Trad. it. a cura di R. Priori. Roma: Il Pensiero Scientifico 1964.
- 7 Ey H. *La coscienza*. Paris: Press Universitaires de France 1968.
- 8 Fergusson DM, Mullen PE. *Childhood Sexual Abuse: an Evidenced Based Perspective*. London: Sage Publications 1999.
- 9 Giannantonio M. *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore 2009.
- 10 Malchert TP, Parker RL. *Different forms of childhood abuse and memory*. Child Abuse Negl 1997;21:125-35.
- 11 Brewin CR. *Scientific status of recovered memories*. Br J Psychiatry 1996;196:131-4.
- 12 Giannantonio M. *Abuso sessuale infantile*. Salerno: Eco-mind 2005.
- 13 Perry BD, Conroy I, Ravitz A. *Persisting psychophysiological effects of traumatic stress: the memory of states*. Violence Update 1991;1:1-11.
- 14 Steinberg M, Schnall M. *La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2006.
- 15 Kisiel CL, Lyons JS. *Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents*. Am J Psychiatry 2001;158:1034-9.
- 16 McNally RJ, Ristuccia CS, Perlman CA. *Forgetting of trauma cues in adults reporting continuous or recovered memories of childhood sexual abuse*. Psychol.Sci 2005;16:336-40.
- 17 McNally RJ, Perlman CA, Ristuccia CS, et al. *Clinical characteristics of adults reporting repressed, recovered or continuous memories of childhood sexual abuse*. J Consult Clin Psychol 2006;74:237-42.
- 18 Geraerts E, Lindsay DS, Merckelbach H, et al. *Cognitive mechanisms underlying recovered-memory experiences of childhood sexual abuse*. Psychol Sci 2009;20:92-8.
- 19 Geraerts E, Schooler JW, Merckelbach H, et al. *The reality of recovered memories. Corroborating continuous and discontinuous memories of childhood sexual abuse*. Psychol Sci 2007;18:564-8.
- 20 Nemets B, Witztum E, Kotler M. *False memory syndrome: state of heart*. Harefuah 2002;141:726-30, 760.
- 21 Merskey H. *Multiple personality disorder and False Memory Syndrome*. Br J Psychiatry 1995;166:281-3.
- 22 Kaplan R, Manicavasagar V. *Is there a false memory syndrome? A review of three cases*. Compr Psychiatry 2001;42:342-8.
- 23 Gardener RA. *The psychodynamics of patients with False Memory Syndrome (FMS)*. Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry 2004;32:77-90.
- 24 Pope KS. *Memory, abuse, and science. Questioning claims about the false memory syndrome epidemic*. Am Psychol 1996;51:957-74.
- 25 Boakes J. *False complaints of sexual assault: recovered memories of childhood sexual abuse*. Med Sci Law 1999;39:112-20.
- 26 Brenneis CB. *Belief and suggestion in the recovery of memories of childhood sexual abuse*. J Am Psychoanal Assoc 1994;2:1027-53.
- 27 Frankel FH. *Adult reconstruction of childhood events in the multiple personality literature*. Am J Psychiatry 1993;150:954-8.
- 28 Brandon S, Boakes J, Glaser D, et al. *Recovered memories of childhood sexual abuse. Implications for clinical practice*. Br J Psychiatry 1998;172:296-307.
- 29 Faller KC. *Interrogare il bambino sull'abuso sessuale*. Torino: Centro Scientifico Editore 2008.
- 30 Montecchi F. *Gli abusi nell'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*. Roma: La Nuova Italia Scientifica 1994.
- 31 Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. London: Sage 1986.
- 32 Volterra et al. *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica*. Milano: Elsevier 2005.
- 33 National Task Force of Juvenile Sexual Offending. *National Adolescent Perpetrator Network Revised Report*. Juv Fam Court J 1993;44:3-108.

- 34 Madeddu F. *Conseguenze degli abusi all'infanzia nell'età adulta*. In: Giommi R, Perrotta M, editors. *Pedofilia, gli abusi, gli abusati, gli abusanti*. Firenze: Edizioni Del Cerro 1998, pp. 61-76.
- 35 Mazzoni G. *La testimonianza nei casi di abuso sessuale sui minori. La memoria, l'intervista e la validità della deposizione*. Milano: Giuffrè 2000.
- 36 Peters SD, Wyatt GE, Finkelhor D. *Prevalence*. In: Finkelhor D, editor. *A source Book on Child Sexual Abuse*. Newbury Park, CA: Sage 1986, pp. 15-59.
- 37 Larsson S. *Uomini che odiano le donne*. Venezia: Marsilio 2005.
- 38 Christoffel KK. *Violent death and injury in U.S children and adolescent*. American Journal of Disease Control 1990;144:697-706.
- 39 National Committee to Prevent Child Abuse. *Current trends in child abuse reporting and fatalities: the result of the 1997 annual fifty state survey*. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse 1998.
- 40 Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. *Violent families and youth violence*. Washington, DC: Department of Justice, Office of Justice Programs 1994.
- 41 Classen CC, Palesh OG, Aggarwal R. *Sexual revictimization: a review of the empirical literature*. Trauma, Violence Abuse 2005;6:103-29.
- 42 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.
- 43 Sandberg D, Lynn JS, Green JP. *Sexual abuse and revictimization: mastery, dysfunctional learning and dissociation*. In: Lynn JS, Rhue JW, editors. *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford Press 1994.
- 44 Dettore D, Fuligni C. *L'abuso sessuale sui minori. Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: Mc Graw-Hill 1999.
- 45 Tsai Ge, Condie D, Wu MT, et al. *Functional magnetic resonance imaging of personality switches in a woman with dissociative identity disorder*. Harvard Review of Psychiatry 1999;7:119-22.
- 46 Sarwar DB, Durlak JA. *Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: a study of couple seeking sex therapy*. Child Abuse Negl 1996;20:963-72.
- 47 Schloretdt KA, Heiman JR. *Perception of sexuality as related to sexual functioning and sexual risk in women with different types of childhood sexual abuse*. J Trauma Stress 2003;16:275-84.
- 48 Tsai M, Feldman-Summers S, Edgar M. *Childhood molestation: variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women*. J Abnorm Psychol 1999;88:407-17.
- 49 Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. *Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviours, and sexual victimization*. Child Abuse Negl 1997;21:789-803.
- 50 Walker EA, Gelfand A, Katon MJ, et al. *Adult health status of women HMO members within stories of childhood abuse and neglect*. Am J Med 1999;107:332-9.
- 51 Wingood GM, DiClemente RJ. *Child sexual abuse, HIV sexual risk, and gender relations of African American women*. Am J Prev Med 1997;13:380-4.
- 52 Kalichman SC, Sikkema KJ, DiFonzo K, et al. *Emotional adjustment in survivors of sexual assault living with HIV-AIDS*. J Trauma Stress 2002;15:289-96.
- 53 Finkelhor D. *Early and long term effects of child abuse: an update*. Prof Psychol Res Pr 1990;21:325-30.
- 54 Mannarino AP. *Asymptomatic sexually abused children*. Trauma Violence Abuse 2000;1:191-3.
- 55 Zeneah C, Mammen O, Lieberman A. *Disturbi dell'attaccamento*. In: Zeneah CH, editor. *Manuale di salute mentale infantile*. Milano: Masson 1996.
- 56 Rundell JR, Ursano RJ, Holloway HC, et al. *Psychiatric responses to trauma*. Hosp Community Psychiatry 1989;40:68-74.
- 57 Kulka RA, Schelenger WE, Fairbank JA, et al. *Trauma and the Vietnam war generation. Report of findings from the National Vietnam veterans readjustment study*. New York: Brunner/Mazel 1990.
- 58 Lu W, Mueser KT, Rosembreg SD, Jankowski MK. *Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders*. Psychiatr Serv 2008;59:1018-26.
- 59 McIntyre RS, Soczynska JK, Mancini D, et al. *The relationship between childhood abuse and suicidality in adult bipolar disorder*. Violence Vict 2008;23:361-72.
- 60 Bowlby J. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina 1988.
- 61 Draijer N, Langeland W. *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients*. Am J Psychiatry 1999;156:379-85.
- 62 Magalhaes T, Taveira F, Jardim P, et al. *Sexual abuse of children. A comparative study of intra and extra familiar cases*. J Forensic Leg Med 2009;16:455-9.
- 63 Gaudiano BA, Zimmerman M. *The relationship between childhood trauma history and the psychotic subtype of major depression*. Acta Psychiatr Scand 2009;121:462-70.
- 64 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Revised. Edition)*. Washington DC: American Psychiatric press 2000.
- 65 van der Kolk BA. *The compulsion to repeat the trauma. Reenactment, revictimization and masochism*. Psychiatr Clin North Am 1989;12:389-411.
- 66 Herman JL. *Trauma and recovery: the aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books 1997.
- 67 Roth S, Newman E, Pelcovitz D, et al. *Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for post-traumatic stress disorder*. J Trauma Stress 1997;10,4:539-55.
- 68 Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, et al. *Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma*. J Trauma Stress 2005;18:389-99.

- ⁶⁹ Zanarini MC, Frankeburg FR, Reich RB, et al. *Violence in the lives of adult borderline patients*. J Nerv Ment Dis 1999;187:65-71.
- ⁷⁰ Sculte-Herbruggen O, Ahlers CJ, Kronsbein JM, et al. *Impairment sexual function in patients with borderline personality disorder is determined by history of sexual abuse*. J Sex Med 2009;6:3356-63.
- ⁷¹ Friedrich W, Urquiza A, Beilke R. *Behaviour problems in sexually abused young children*. J Pediatr Psychol 1986;11:47-57.
- ⁷² Friedrich W, Beilke R, Urquiza A. *Children from sexually abusive families: a behavioural comparison*. Journal of Interpersonale Violence 1987;2:39-42.
- ⁷³ Rogers CN, Terry T. *Clinical interventions with boy victims of sexual abuse*. In: Stuart IR, Greer JD, editors. *Victims of sexual aggression: treatment of children, women and men*. New York: Van Nostrand Reinhold 1984.
- ⁷⁴ Summit RC. *The child sexual accomodation syndrome*. Child Abuse Negl 1983;7:177-93.
- ⁷⁵ Covington SS, Kohen J. *Women, alcohol and sexuality*. Adv Alcohol Subst Abuse 1984;4:41-56.
- ⁷⁶ Ladwig GB, Anderson MD. *Substance abuse in women: relationship between chemical dependency of women and past reports of physical and/or sexual abuse*. Int J Addict 1989;24:739-54.
- ⁷⁷ Maniglio R. *The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews*. Clin Psychol Rev 2009;29:647-57.
- ⁷⁸ Schneider K. *Psicopatologia clinica*. 1968. Trad. It. a cura di B. Callieri e R. Dalle Luche. Roma: Fioriti Editore 2003.
- ⁷⁹ Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. *Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies*. Psychol Bull 1993;113:164-80.
- ⁸⁰ Goodwin J. *Post traumatic symptoms in incest victims*. In: Eth S., Psynoos RS, editors. *Post traumatic stress disorder in children*. Los Angeles, CA: American Psychiatric Association 1985, pp. 157-68.
- ⁸¹ Sameroff A. *Democratic and republican models of development: paradigms and perspectives*. Developmental Psychology Newsletter 1996;Fall:1-9.
- ⁸² Pine DS, Cohen JA. *Trauma in children and adolescent: risk and treatment of psychiatric sequelae*. Biol Psychiatry 2002;51:519-31.
- ⁸³ Greenfield SF, Strakoski SM, Tohen M, et al. *Childhood abuse in first episode psychosis*. B. J Psychiatry 1994;164:831-4.
- ⁸⁴ Dimitrova N, Pierrehumbert B, Giatz N, et al. *Closeness in relationship as a mediator between sexual abuse in childhood and adolescence and psychopathological outcome in adulthood*. Clin Psychol Psychoter 2009;17:183-95.
- ⁸⁵ Laufer M. *Sexual abuse, or a delusional structure? From adolescent to young adult*. Psychoanal Study Child 1994;49:208-21.
- ⁸⁶ Mulder RT, Beatrais AL, Joyce PR, et al. *Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse and mental illness in a general population sample*. Am J Psychiatry 1998;155:806-11.
- ⁸⁷ Odifreddi PG. *C'era una volta un paradosso. Storie di illusioni e verità rovesciate*. Torino: Einaudi 2006.
- ⁸⁸ Fivush R, Edwards VJ. *Remembering and forgetting childhood sexual abuse*. J Child Sex Abuse 2004;13:1-19.
- ⁸⁹ Bordi S. *Traumi e abusi infantili: teorie della dissociazione e teorie della rimozione*. 1998. <http://www.psychomedia.it/pm/mother/probsiter/bordi98.htm>
- ⁹⁰ Canapini S. *La Dissociazione: un meccanismo di difesa lungo un continuum*. Tesi di laurea. Roma: Università "La Sapienza" di Roma, Facoltà di Psicologia 2004-2005.
- ⁹¹ Regis E. *Précis de Psychiatrie*. VI Ed. Paris: Doin 1923.
- ⁹² Janet P. *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimental sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Alcan 1889. Trad. It. a cura di R. Curcio e M.R. Prette. *Disaggregazione, spiritismo, doppie personalità*. Roma: Sensibili alle foglie 1996.
- ⁹³ Liotti G. *La discontinuità della coscienza-eziologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*. Milano: Franco Angeli 1993.
- ⁹⁴ Lukacs Arroyo C. *Il meccanismo della rimozione nella vita psichica. Sue connessioni con la scissione nella psicoanalisi delle psicosi*. Tesi di laurea in Psicologia, Università di Firenze 2003-2004.
- ⁹⁵ Graves S. *Dissociative disorders and dissociative symptoms at a community mental health center*. Dissociation 1989;2:119-27.
- ⁹⁶ Ross CA. *Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation*. Psychiatr Clin North Am 1991;14:503-17.
- ⁹⁷ Ross CA. *History, Phenomenology, and Epidemiology of Dissociation*. In: Michelson LK, Ray WJ, editor. *Handbook of Dissociation*. New York: Plenum Press 1996.
- ⁹⁸ Dalle Luche R. *Psychotic and Hysterical dissociative syndromes*. Neurol Psychiatr Brain Res 2002;10:83-8.
- ⁹⁹ Dalle Luche R, Iazzetta P. *When obsessions are not beliefs: some psychopathological-grounded observation about psychotherapy with severe phobic obsessive patients*. Comprendre 2008;16-18:141-57.
- ¹⁰⁰ Brandt BL, Alexander PC. *Coping with incest: the relationship between recollections of childhood coping and adult functioning in female survivors of incest*. J Trauma Stress 2003;16:285-93.
- ¹⁰¹ Tardieu A. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 1860, 2th série, tome XIII, pp. 361-398.
- ¹⁰² Fournier A *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 3ème série. T. 4, pp. 489-519.
- ¹⁰³ Brouardel P. *Les attentats aux mœurs*. Parigi: J.B Bailliere 1909.