



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica

Tesi di laurea Magistrale

*Il Ruolo della Violenza Sessuale nella Salute Mestruale:
Analisi Prospettica dell'Influenza di Esperienze Sessuali
Negative sulla Sintomatologia Premestruale e sull'Avversione Sessuale*

*The Role of Sexual Violence in Menstrual Health:
Prospective Analysis of the Influence of Negative Sexual
Experiences on Premenstrual Symptoms and Sexual Aversion*

Relatore

Prof. Jeffrey Wade Kiesner

Correlatrice

Dott.ssa Celeste Bittoni

Laureanda: Sara Galatolo

Matricola: 2080578

Anno Accademico 2023/2024

Abstract

Introduzione: La sindrome premenstruale (PMS) è stata tradizionalmente esplorata secondo una prospettiva biologica. Tuttavia, alcune ricerche evidenziano il ruolo di fattori ambientali, come l'abuso sessuale, che possono contribuire allo sviluppo della PMS. Molti studi che indagano gli effetti della violenza sessuale sulla sintomatologia mestruale, presentano però alcune limitazioni metodologiche, che includono: l'utilizzo di approcci retrospettivi e la mancata considerazione dell'eterogeneità nella manifestazione dei sintomi. Inoltre, gran parte della ricerca si concentra esclusivamente sull'abuso sessuale infantile (CSA), ignorando l'influenza di vissuti avvenuti in altre epoche di vita.

Scopo: Il presente elaborato si propone di esaminare come le esperienze sessuali negative influenzino la sintomatologia sperimentata durante il ciclo mestruale. In particolare, si intende indagare se donne che hanno subito violenze e coercizione sessuale riportano sintomi più intensi e ciclici rispetto a chi non ha subito tali esperienze. Ulteriore obiettivo, riguarda l'esplorazione dell'effetto delle esperienze di molestie sull'avversione sessuale.

Metodo: Il campione analizzato comprendeva 151 studentesse universitarie ($M=22.3$). La partecipazione ha previsto due fasi: (1) la compilazione in laboratorio di un questionario generale e (2) un breve questionario da compilare ogni giorno per due cicli mestruali. È stato valutato il grado di esposizione alle molestie sessuali delle partecipanti e sono stati monitorati, per due cicli mestruali, i sintomi fisici, depressivi, di ansia, sbalzi d'umore-rabbia e l'avversione sessuale. I dati raccolti sono stati utilizzati per analizzare la correlazione sia tra i diversi sintomi, sia tra la sintomatologia premenstruale e le esperienze sessuali negative. Inoltre, all'interno del campione sono stati definiti tre sottogruppi in base ai diversi livelli di esposizione alle molestie (assente, moderato e severo). Infine, la sintomatologia mestruale del gruppo con esposizione severa è stata comparata al gruppo con esposizione assente.

Risultati: I risultati indicano che le esperienze sessuali negative possano influenzare la sintomatologia mestruale, con differenze in base al tipo di vissuto e al dominio sintomatologico. In particolare, la violenza sessuale e il "non avere pieno controllo" durante il rapporto si associano a sintomi fisici e depressivi più severi, mentre l'esperienza di coercizione sessuale non ha mostrato associazione significativa

con i sintomi. La sintomatologia fisica è il dominio che sembra risentire maggiormente del vissuto sessuale negativo, manifestandosi con maggiore intensità e ciclicità nelle donne severamente esposte a molestie. Diversamente, sebbene i sintomi depressivi riferiti fossero più intensi nelle vittime di molestie sessuali severe, non sono emerse differenze significative riguardo alla loro ciclicità. Le osservazioni condotte sull'avversione sessuale non hanno prodotto risultati significativi, suggerendo che il vissuto sessuale negativo non influenzi i sentimenti di ansia e disgusto riguardo ai rapporti.

Conclusioni: Questi risultati supportano l'ipotesi che le esperienze sessuali negative possano costituire un fattore di rischio per l'intensificazione della sintomatologia mestruale, in particolare per quanto riguarda i sintomi fisici e depressivi. Mentre i sintomi fisici mostrano una evidente connessione con il ciclo mestruale, i sintomi depressivi, sebbene più gravi nelle vittime di molestie, non sembrano essere influenzati dalla ciclicità mestruale, ma soltanto dal vissuto sessuale. Pertanto, si evidenzia l'importanza di considerare l'influenza di fattori psicologici e ambientali nella salute mestruale.

Indice

Capitolo 1: La sindrome premenstruale (PMS) e il disturbo disforico premenstruale (PMDD)	1
1.1. Il ciclo mestruale	1
1.2. La Sindrome Premenstruale (Premenstrual Syndrome, PMS) e il Disturbo Disforico Premenstruale (Premenstrual Dysforic Disorder, PMDD)	4
1.2.1. Caratteristiche sintomatologiche e problematiche nella differenziazione tra le due condizioni ...	4
1.2.2. La Sindrome Premenstruale (PMS) e il <i>Mid-Cycle Pattern: Un contrasto</i>	8
1.2.3. Sindrome premenstruale (PMS) e Disturbo Disforico Premenstruale (PMDD): Eziologia	9
1.2.4. Sindrome premenstruale (PMS) e Disturbo Disforico Premenstruale (PMDD): Trattamento	12
Conclusioni	14
Capitolo 2: L'abuso sessuale	16
2.1. Che cosa si intende per abuso sessuale?	16
2.1.1. Il Childhood Sexual Abuse (CSA): una definizione eterogenea.....	16
2.1.2. L'abuso sessuale in età adulta.....	21
2.2. L'abuso sessuale e il Disturbo Disforico Premenstruale (PMDD)	23
2.2.1. Una prospettiva psicosociale.....	23
2.2.2. Una prospettiva biologica	29
2.3. L'impatto a lungo termine dell'abuso sessuale sulla salute delle vittime	32
2.3.1. Salute psicologica	32
2.3.2. Salute fisica.....	44
2.3.3. Modelli di risposta all'abuso sessuale: alcune proposte.....	51
Conclusioni	54
2.4. Ipotesi e obiettivi di ricerca	55
2.4.1. La sindrome premenstruale (PMS): l'esplorazione dell'eterogeneità clinica	55
2.4.2. Esperienze sessuali negative e coercizione sessuale: andando oltre l'abuso sessuale infantile ..	58
2.4.3. Esperienze sessuali negative e avversione sessuale	60
Conclusioni	61
Capitolo 3: Metodo	62
3.1. Partecipanti	62
3.2. Procedura	63

3.3. Misure	65
3.3.1. Questionario generale	65
3.3.2. Questionario quotidiano.....	66
<i>Capitolo 4: Risultati</i>.....	68
4.1. Analisi dei dati.....	68
4.2. Distribuzione dei coefficienti coseno dei sintomi.....	69
4.3. Correlazione tra i coefficienti di regressione coseno dei sintomi	71
4.4. Correlazione tra le diverse esperienze sessuali negative.....	72
4.5. Correlazione tra i coefficienti dei sintomi e le esperienze sessuali negative.....	73
4.6. Correlazione tra le intercette dei sintomi e le esperienze sessuali negative	73
4.7. Confronto tra i sintomi di gruppi con livelli estremi di esposizione alle molestie sessuali	74
<i>Capitolo 5: Discussione</i>	77
5.1. La sintomatologia premestruale	77
5.2. L'indagine sulle esperienze sessuali negative.....	79
5.3. Confronto tra gruppi con diversi gradi di esposizione a esperienze sessuali negative e molestie	82
5.4. L'avversione sessuale nelle vittime di violenze sessuali	85
Conclusioni	87
<i>Bibliografia</i>	89

Capitolo I: La sindrome premestruale (PMS) e il disturbo disforico premestruale (PMDD)

1.1. Il ciclo mestruale

Il ciclo mestruale è un fenomeno biologico, che accompagna la vita riproduttiva della donna, dal menarca alla menopausa. La sua comparsa segna infatti una delle ultime fasi dello sviluppo puberale, che ha inizio in media 2 anni prima, con l'emergere dei caratteri sessuali secondari, come la crescita dei peli pubici e del seno (Park et al., 2002). Il ciclo mestruale ha inizio dal primo giorno di sanguinamento vaginale e si protrae per mediamente 28 giorni, fino alla comparsa della mestruazione successiva. Durante questo arco temporale, avvengono una serie di processi autocrini ed endocrini, regolati a livello del sistema nervoso centrale dall'ipotalamo e dall'ipofisi. Tali strutture cerebrali vanno poi a innescare a livello periferico il ciclo ovarico ed endometriale, consentendo la periodica maturazione della cellula uovo e, in caso di mancata gravidanza, lo sfaldamento dell'endometrio. Nell'interazione ormonale tra l'ipotalamo, l'ipofisi e le ovaie, i principali protagonisti endocrini sono: l'ormone follicolo-stimolante (FSH) e luteinizzante (LH) e gli ormoni steroidei, ovvero gli estrogeni e il progesterone (Speroff & Fritz, 2005).

A livello centrale (SNC) il ciclo mestruale è innescato da una serie di input ormonali inviati alle ovaie da parte dell'ipotalamo e dell'ipofisi. A monte dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, l'ipotalamo secreta l'ormone di rilascio delle gonadotropine (Gonadotropin-Releasing Hormone, GnRH), un peptide che stimola l'ipofisi anteriore, regolando la secrezione dell'ormone follicolo stimolante (FSH) e dell'ormone luteinizzante (LH). Avvenuto il rilascio delle gonadotropine da parte dell'ipofisi, queste viaggiano attraverso il flusso sanguigno, raggiungendo l'organo bersaglio, ovvero le ovaie, responsabili della produzione degli estrogeni e del progesterone. Una volta raggiunto l'organo bersaglio, avvengono parallelamente due processi fasici, che coinvolgono l'endometrio e le ovaie (Speroff & Fritz, 2005).

Il **ciclo endometriale** può essere distinto in tre fasi: la fase mestruale, la fase proliferativa, che corrisponde alla fase follicolare ovarica, e una fase secretoria, corrispondente alla fase luteale. Tale ciclicità è regolata dagli ormoni ovarici steroidei,

i quali inducono l'ispessimento e lo sfaldamento dello strato funzionale dell'endometrio, ovvero il suo strato più esterno che riveste la cavità uterina. La fase di maturazione dell'endometrio culmina nello stadio intermedio tra la fase proliferativa e secretoria, che coincide con la fase di ovulazione. Questo è anche il momento più fertile, in quanto l'endometrio ha raggiunto il massimo livello di ispessimento ed è pronto ad accogliere l'embrione fecondato. Infatti, durante la fase proliferativa, gli estrogeni stimolano la maturazione dell'endometrio, che poi dopo l'ovulazione, con l'aumento del progesterone, inizierà gradualmente a sfaldarsi, per poi essere secreto attraverso il flusso mestruale (Speroff & Fritz, 2005).

Parallelamente ai cambiamenti a livello endometriale, il **ciclo ovarico** si articola in tre stadi, durante i quali avviene la maturazione dell'ovocita e, al termine, la degenerazione del corpo luteo. Pertanto è possibile distinguere le fasi follicolare, ovulatoria e luteale. In particolare, all'interno della fase follicolare possono essere individuati due momenti, ovvero la fase follicolare precoce e la fase follicolare tardiva. Durante la prima, avviene l'aumento dei livelli di ormone follicolo-stimolante (FSH) e luteinizzante (LH). L'ormone follicolo-stimolante (FSH) è promotore della maturazione del follicolo reclutato, la quale ha inizio in fase follicolare precoce e termina in fase tardiva. Durante la fase proliferativa tardiva, una volta avvenuta la maturazione del follicolo, i livelli di estradiolo aumentano inducendo il calo dell'ormone follicolo-stimolante (FSH), mentre l'ormone luteinizzante (LH) mantiene dei livelli superiori (Fraser, Critchley, Broder & Munro, 2011).

A seguire, nella fase ovulatoria, i livelli di estradiolo aumentano fino a raggiungere il loro picco, mentre parallelamente iniziano ad aumentare i livelli di progesterone. Anche l'ormone luteinizzante (LH), stimolato dalle gonadotropine (GnRH) e dal progesterone, aumenta fino a raggiungere i massimi livelli, promuovendo la trasformazione del follicolo in corpo luteo, attraverso il rilascio dell'ovocita maturo. Pertanto, l'ovulazione è lo stadio in cui il grado di fertilità è maggiore, in quanto sia l'endometrio sia la cellula uovo sono pronti ad accogliere l'eventuale spermatozoo (Fraser, Critchley, Broder & Munro, 2011).

Successivamente, in caso di mancato concepimento, il corpo luteo inizia a degenerare, secernendo livelli crescenti di progesterone. A livello ormonale, in questo stadio, sia l'estradiolo sia il progesterone sono elevati, mentre i livelli di ormone

follicolo-stimolante (FSH) e luteinizzante (LH) sono ridotti. Al termine dello stadio luteale, avviene la mestruazione, la quale segna la fine del ciclo mestruale precedente e l'inizio del successivo. Con il flusso mestruale viene secreto l'endometrio ed è accompagnato dal calo dei livelli di progesterone ed estradiolo (Fraser, Critchley, Broder & Munro, 2011).

Definiti quali processi regolano il funzionamento del ciclo mestruale, occorre fare una precisazione: la sua durata e manifestazione, presenta una notevole eterogeneità intersoggettiva. Per esempio, la sua durata media in persone con vulva giovani e sane è di 28 giorni, con una fase follicolare che si protrae 14.6 giorni e quella luteale 13.6 giorni (Ecochard & Gougeon, 2000). Tuttavia questi sono dei valori teorici di riferimento, mentre empiricamente è emerso che solo il 10% delle donne con un ciclo mestruale di 28 giorni presenta una fase follicolare di 14 giorni e che il 7% delle donne in età fertile con lunghezza del ciclo nella norma non presenta l'ovulazione (Harlow, 2000). Inoltre, sempre considerando la durata del ciclo mestruale, emerge una significativa varietà sia tra persone simili per età (Bakos et al., 1994) sia a livello individuale nel corso della vita riproduttiva (Golden & Carlson, 2008).

1.2. La Sindrome Premestruale (Premenstrual Syndrome, PMS) e il Disturbo Disforico Premestruale (Premenstrual Dysforic Disorder, PMDD)

1.2.1. Caratteristiche sintomatologiche e problematicità nella differenziazione tra le due condizioni

Frequentemente le persone con ciclo mestruale sperimentano sintomi e cambiamenti ricorrenti, positivi o negativi, da un ciclo all'altro. Solo il 10% delle donne con mestruazioni riferisce di non notare alcun cambiamento ricorrente durante la fase luteale (Johnson, 2004). Invece, da alcune osservazioni sembra che il 40% delle donne con mestruazioni lamenti la presenza di sintomi fastidiosi nelle settimane precedenti al ciclo mestruale (Johnson, 1987; Sternfeld et al., 2002) e il 3-5% riferisce che questa condizione limita il suo funzionamento in almeno un'area di vita, provocandole disagio clinicamente significativo (Johnson, 1987; Sternfeld et al., 2002). In alcuni di questi casi, considerando la severità dei sintomi e la loro ricorrenza, si può parlare di disturbo disforico premenstruale (PMDD), la cui prevalenza si stima sia compresa tra l'1.8% e il 5.8% delle persone con mestruazioni (American Psychiatric Association, 2013).

Per poter fare diagnosi di disturbo disforico premenstruale (PMDD), il *Diagnostic and Statistical Manual 5th ed.* (DSM-5) indica che debbano essere presenti un minimo di cinque sintomi, che si presentano in modo ricorrente da un ciclo mestruale all'altro, di cui almeno uno tra: labilità affettiva marcata; irritabilità, rabbia o aumento di conflitti interpersonali; umore depresso, sentimenti di perdita di speranza o pensieri di auto-svalutazione; ansia eccessiva e tensione. In associazione possono poi essere presenti: riduzione di interesse per attività abituali; difficoltà di concentrazione; calo delle energie e facile affaticabilità; cambiamenti dell'appetito; insonnia o ipersonnia; sentimenti di perdita di controllo e altri sintomi fisici. Pertanto i sintomi del disturbo disforico premenstruale (PMDD) possono essere sintetizzati in tre principali categorie: umorali, fisici e comportamentali. Ulteriore criterio diagnostico indicato, prevede che l'intensità dei sintomi sia tale da impattare sul funzionamento quotidiano.

Per poter distinguere il disturbo disforico premenstruale (PMDD) dagli altri disturbi dell'umore viene stabilito un criterio temporale. In particolare, il *Diagnostic*

and Statistical Manual 5th ed. (DSM-5) indica che la sintomatologia dovrebbe presentarsi in modo ricorrente nelle due settimane precedenti al ciclo mestruale e alleviarsi dopo uno o due giorni dal termine delle mestruazioni. Per valutare la ricorrenza sintomatologica, Johnson (2004) suggerisce di tracciare i sintomi esperiti dal paziente in modo giornaliero, per almeno due cicli mestruali. A tale scopo esistono infatti delle griglie utilizzabili direttamente dalla paziente, attraverso cui poter indicare giorno per giorno la presenza ed intensità dei sintomi, come il *Daily Symptom Report* (DSR). È risultato infatti che nel momento in cui la persona si trova a dover stimare in modo retrospettivo la sintomatologia esperita nel corso del ciclo mestruale, tende ad essere scarsamente accurata, riportandone una rappresentazione amplificata (Marván & Cortés-Iniestra 2001).

Dal punto di vista nosografico, il disturbo disforico premestruale (PMDD) era stato inizialmente introdotto nell'appendice A del *Diagnostic and Statistical Manual 3th ed.* (DSM-III) sotto la dicitura di “disturbo disforico della fase luteale”, enfatizzando l'importanza del momento di presentazione dei sintomi. È solo a partire dalla quinta edizione del manuale diagnostico (DSM-5) che disturbo disforico premestruale (PMDD) è collocato all'interno della categoria dei disturbi depressivi, in diagnosi differenziale rispetto alla condizione non diagnostica di sindrome premestruale (PMS). In linea con quanto riportato nelle edizioni precedenti, la sindrome premestruale (PMS) ha in comune con il disturbo disforico premestruale (PMDD) la presenza di una ricorrente sintomatologia nel periodo antecedente alla mestruazione, ma viene ribadito che i sintomi debbano essere di natura fisica e comportamentale, escludendo la presenza di sintomi affettivi. Inoltre, a differenza del disturbo disforico premestruale (PMDD,) non viene stabilito un minimo di cinque sintomi e viene considerata una condizione meno severa (American Psychiatric Association, 2013). Pertanto la principale distinzione indicata tra le due condizioni riguarda la tipologia dei sintomi lamentati e la loro intensità.

Diversamente l'*International Classification Diseases 10th revision* (ICD-10) fa unicamente riferimento alla “sindrome da tensione premestruale”, collocandola all'interno della sezione ginecologica. I criteri diagnostici indicati ritengono sufficiente la presenza in fase luteale di almeno un sintomo fisico o emotivo, la cui severità non è specificata. Emerge quindi una definizione della condizione come

innanzitutto un ambito di pertinenza ginecologica, nonostante la presenza di sintomi emotivi, e con dei criteri di riconoscimento meno stringenti rispetto a quelli suggeriti dal DSM-5.

La differenziazione tra la sindrome premenstruale (PMS) e il disturbo disforico premenstruale (PMDD) suggerita dai manuali diagnostici non sembra però soddisfare i ricercatori e i clinici che operano in questo campo. Per esempio, Freeman (2003) afferma che tale distinzione tra il disturbo disforico premenstruale (PMDD) e la sindrome premenstruale (PMS) sulla base di una prevalenza di sintomi umorali per la prima e fisici per la seconda sia scarsamente supportata dalla letteratura, evidenziando come soprattutto le forme più severe di PMS coinvolgano anche dei sintomi affettivi. Anche Johnson (2004), pur condividendo che la PMS sia la versione più attenuata e frequente di PMDD, esclude che ci sia una distinzione sulla base della tipologia dei sintomi lamentati nelle due condizioni. Pertanto, si conclude che la distinzione tra il disturbo disforico premenstruale (PMDD) e la sindrome premenstruale (PMS) sulla base della natura della sintomatologia possa non rappresentare un criterio esaustivo ed efficace.

Indagando a livello empirico la manifestazione della sindrome premenstruale (PMS) è emerso che in realtà frequentemente i sintomi lamentati rientrano in almeno tre categorie: fisici, comportamentali e affettivi. Per indagare le caratteristiche sintomatologiche della PMS, in uno studio di Freeman (2003) è stato chiesto alle partecipanti di registrare quotidianamente il proprio stato per due cicli mestruali. Da tale osservazione è emerso che nelle manifestazioni più severe di PMS vengono lamentati sintomi dell'umore, quali: tensione, depressione, sentimento di perdita di controllo, sbalzi d'umore e il sintomo considerato più caratteristico della sindrome è l'irritabilità (Erikson, 1999). Tra i sintomi fisici più comuni viene registrata la presenza di: dolore, gonfiore, indolenzimento del seno, dolori e mal di testa. I sintomi comportamentali più diffusi sono: disturbi del sonno, cambiamenti dell'appetito, calo della concentrazione, riduzione di interesse e ritiro sociale. Risulta quindi che i sintomi più comuni riconducibili alla sindrome premenstruale (PMS), non siano limitatamente di natura fisica.

A livello diagnostico, ulteriore criterio indicato dal DSM-5 per identificare una condizione di disturbo disforico premenstruale (PMDD), prevede la presenza di disagio

cl clinicamente significativo con alterazione del funzionamento quotidiano. Coerentemente, in un'analisi di Freeman (2003) condotta su un campione di pazienti con disturbo disforico premenstruale (PMDD), sono emerse delle alterazioni nella sfera sociale, familiare e lavorativa, paragonabili a quanto registrato da pazienti con disturbo depressivo maggiore e anche superiori rispetto al gruppo di controllo (Freeman, 2003). Tuttavia, da uno studio condotto da Hylan e colleghi (1999) è emerso che anche coloro che presentano una severa forma di sindrome premenstruale (PMS) lamentano un'alterazione del loro funzionamento in relazione ai sintomi. Per delineare l'interferenza dettata dalla sindrome, è stato reclutato un campione di 1045 partecipanti, provenienti dagli Stati Uniti, dalla Gran Bretagna e della Francia. L'area maggiormente compromessa è risultata quella di vita domestica, comprendente le relazioni con il compagno ed eventuali figli. Tra il 30% e il 21% del campione ha riferito un'alterazione in questo ambito associata ai sintomi di PMS. A seguire, il 17-11% ha lamentato un'alterazione della sfera sociale e il 14-10% dell'area lavorativa. Sembra quindi che anche all'interno del criterio di alterazione nel funzionamento quotidiano possano esserci delle problematiche che ostacolano nel riconoscimento del limite con la condizione diagnostica.

In conclusione, le osservazioni empiriche della sindrome premenstruale (PMS) e il disturbo disforico premenstruale (PMDD) evidenziano alcune dissonanze rispetto a quanto suggerito a livello diagnostico. La maggior criticità riguarda la differenziazione tra le due condizioni sulla base dell'attribuzione di sintomi prevalentemente fisici alla PMS e affettivi al PMDD. Per quanto vi sia uno scarso accordo anche a proposito di una distinzione sulla base dell'intensità in termini di alterazione del funzionamento quotidiano e del criterio che stabilisce la necessità di una presenza di almeno cinque sintomi severi (Freeman, 2003), al momento la differenziazione sulla base della severità, che colloca le due condizioni su uno stesso continuum, è tra le più esaustive. Tenendo conto che lo stesso riconoscimento del disturbo disforico premenstruale (PMDD) come condizione diagnostica è recente e che la sindrome premenstruale (PMS) è oggetto di limitata attenzione nei manuali diagnostici, si riconosce la necessità di ampliare e approfondire una definizione ancora acerba.

1.2.2. La Sindrome Premestruale (PMS) e il *Mid-Cycle Pattern*: *Un contrasto*

Comunemente la sindrome premenstruale (PMS) viene identificata come una condizione caratterizzata da ricorrenti sintomi umorali, fisici e cognitivi, che si presentano nei giorni precedenti e coincidenti alla mestruazione. Tuttavia, in uno studio di Sveinsdottir e Backstrom (2000) suggerisce che alcune donne con sindrome premenstruale (PMS), pur presentando una ricorrenza sintomatologica, questa possa seguire un pattern differente da quello classico. Difatti una minoranza di partecipanti alla ricerca, anziché manifestare un aumento della sintomatologia in fase premenstruale, presentava un picco a metà del ciclo mestruale, con un successivo calo in fase premenstruale. Questi risultati suggeriscono quindi l'esistenza di una manifestazione alternativa della sindrome, caratterizzata dal *Mid-Cycle pattern* o anche definito *reverse PMS-like pattern*.

A partire da tali osservazioni sull'eterogeneità e variabilità di manifestazione della sindrome, in uno studio di Kiesner (2011) è stata testata l'esistenza del *Mid-Cycle pattern* e indagato se possano essere individuati ancora altri pattern sintomatologici. Per testare l'esistenza del *Mid-Cycle pattern* nella sindrome premenstruale (PMS), Kiesner (2011) ha reclutato un campione di 213 studentesse, alle quali è stato chiesto di compilare un questionario giornaliero online per due cicli mestruali. In particolare, è stato valutato l'andamento dei sintomi di ansia e depressione, considerando la loro ricorrenza da un ciclo mestruale all'altro. L'ipotesi iniziale era quella di poter distinguere almeno tre diversi pattern a partire dall'osservazione dei report individuali: uno privo di ricorrenza, uno classico con sintomatologia premenstruale e il *Mid-Cycle pattern*.

Dai risultati è emerso che il 61% (n=130) delle partecipanti presentava un pattern classico di sindrome premenstruale (PMS), con aumento della sintomatologia in fase luteale. Tuttavia, all'interno di questo gruppo, è stato possibile distinguere due sottogruppi, sulla base della severità dei sintomi d'ansia e di depressione esperiti. In particolare, il 24% delle partecipanti (n=51), pur presentando una sintomatologia ricorrente e ciclica con pattern classico, ha riferito dei sintomi d'ansia e depressione più lievi rispetto al gruppo che non ha manifestato alcuna ciclicità sintomatica. Infatti il gruppo senza sindrome premenstruale (PMS) ha riferito dei sintomi d'ansia e depressione maggiori e più stabili. Per spiegare il motivo per cui alcuni soggetti con

sindrome premestruale (PMS) presentassero complessivamente minore ansia e depressione rispetto alle partecipanti senza la sindrome, è stato ipotizzato che la condizione possa essere caratterizzata non solo dalla ciclicità di sintomi d'ansia e di depressione, ma anche dell'affettività positiva (Kiesner, 2011).

L'analisi dei dati ha supportato l'ipotesi di *Mid-Cycle pattern*, evidenziando questo andamento sintomatologico in alcune delle partecipanti che hanno preso parte allo studio. Infatti il 13% del campione (n=27) ha manifestato un pattern ricorrente nei due cicli mestruali riportati, caratterizzato da un aumento dei sintomi ansiosi e depressivi a metà del ciclo mestruale e un decremento in fase premestruale. Questa evidenza suggerisce quindi che la sindrome premestruale (PMS) possa presentarsi con maggiore eterogeneità rispetto a quanto classicamente considerato.

In conclusione, lo studio di Kiesner (2011) suggerisce che sia necessario valutare i sintomi mestruali, considerando la loro variabilità. In particolare, evidenzia l'importanza di valutare la sintomatologia in modo idiosincratico, per non trascurare dal punto di vista clinico coloro che soffrono di questi sintomi, pur presentandoli con un pattern che si discosta da quello classico. Tali osservazioni sembrano quindi aggiungere un ulteriore elemento di complessità nel rilevamento e definizione delle condizioni di sindrome premestruale (PMS) e disturbo disforico premestruale (PMDD).

1.2.3. Sindrome premestruale (PMS) e Disturbo Disforico Premestruale (PMDD): Eziologia

L'eziologia della sindrome premestruale (PMS) e del disturbo disforico premestruale (PMDD) è ancora incerta. Si ipotizza che all'origine possano esserci complessi processi multifattoriali, che includano influenze di natura biopsicosociale (Zendehdel & Elyasi, 2018); tuttavia attualmente la ricerca si è principalmente dedicata alla comprensione della sua componente biologica. Anche su questa però ancora non ci sono delle evidenze esaustive e sono necessari ulteriori approfondimenti.

Una delle spiegazioni biologiche avanzate per comprendere l'eziologia della sindrome premestruale (PMS), ipotizza che i processi che coinvolgono gli ormoni steroidei gonadici possano essere uno dei fattori implicati nella generazione dei sintomi (Schmidt et al., 1998). Infatti, in alcuni studi in cui è stato testato l'effetto della soppressione temporanea dell'ovulazione è emerso come questa procedura fosse in

grado di inibire la sintomatologia premenstruale, suggerendo anche una possibile via terapeutica per le condizioni più severe (Hammarback & Backstrom, 1988; Brown et al., 1994). A partire da queste evidenze, Schmidt e colleghi (1998) si sono posti l'obiettivo comprendere il ruolo degli estrogeni e del progesterone nella sindrome premenstruale (PMS), indagandolo attraverso l'induzione della soppressione della funzione ovarica, ossia il processo responsabile della produzione degli steroidi (Schmidt et al., 1998).

Sulla base delle evidenze circa l'efficacia della soppressione della funzione ovarica nella riduzione della sintomatologia premenstruale, in uno studio di Schmidt e colleghi (1998) è stata utilizzata la stessa procedura per comprendere il ruolo dei singoli ormoni steroidei. Per indagare l'eziologia ormonale della sindrome premenstruale (PMS) è stato coinvolto un campione di 20 partecipanti che presentassero la condizione e 15 controlli. Alla metà delle partecipanti è stato somministrato il leuprolide, una sostanza in grado di bloccare l'attività delle ovaie e quindi inibire il rilascio di ormoni steroidei. Le partecipanti restanti sono state assegnate al gruppo di controllo e hanno ricevuto un placebo. Dopo le prime 4 settimane, la somministrazione del leuprolide è stata combinata a quella dell'estradiolo o del progesterone, ognuno dei quali è stato assunto per 4 settimane. Per indagare l'andamento della sintomatologia è stato chiesto alle partecipanti di riportare quotidianamente i sintomi esperiti durante il giorno per l'intera durata dello studio.

L'analisi ha supportato l'evidenza di efficacia del blocco della funzione ovarica nella riduzione della sintomatologia premenstruale. È risultato inoltre che sia l'estradiolo sia il progesterone, quando somministrati singolarmente in combinazione al leuprolide, andavano ad incrementare i sintomi. È interessante però notare che i sintomi nelle donne con PMS non si presentavano immediatamente non appena venivano reintrodotti gli ormoni steroidei, ma il loro picco di manifestazione veniva registrato nella seconda settimana di assunzione. Pertanto Schmidt e colleghi (1998) avanzano l'ipotesi che non sia tanto un'alterazione a livello ormonale a provocare la sindrome, quanto una particolare sensibilità e risposta anomala a normali cambiamenti endocrini

Un altro fattore biologico che sembra essere coinvolto nell'origine della sindrome premenstruale (PMS) è il recettore GABA_A. Il recettore inibitore GABA_A ha

un noto effetto ansiolitico, sedativo, anticonvulsivante e anestesico (Norberg et al., 1987). Tuttavia in uno studio di Weinbroum e colleghi (2001) è emerso che il 10.2% dei pazienti rispondessero alla somministrazione di ansiolitici gabaergici (midazolam e flumazenil) in modo paradossale, manifestando aggressività, comportamenti violenti e perdita di controllo, anziché l'effetto auspicato. Per spiegare tale effetto paradossale, Andréen e colleghi (2009) hanno suggerito che i modulatori del recettore GABA_A possano indurre un effetto bifasico: a piccole dosi indurre un effetto negativo sull'umore, mentre a dosi maggiori un effetto positivo ansiolitico. Inoltre è stato ipotizzato che alcuni soggetti possano essere più sensibili a basse dosi di modulatori del recettore GABA_A e per questo motivo possano manifestare delle risposte umorali negative più intense (Andréen et al., 2009).

Nella comprensione della base biologica della sindrome premestruale (PMS), tale effetto paradossale, risulta significativo considerando il ruolo dell'allopregnanolone, un metabolita del progesterone che tende fisiologicamente ad aumentare in fase luteale. Infatti dalle osservazioni di Andréen e colleghi (2009) è emerso che le concentrazioni di allopregnanolone sono associate alla severità dei sintomi dell'umore e che la sua somministrazione è in grado di indurre nell'amigdala un'attività simile a quanto registrato durante gli stati d'ansia. In particolare sembra che i livelli di allopregnanolone associati maggiormente ad uno stato affettivo negativo siano quelli medi, paragonabili a quelli presenti durante la fase luteale del ciclo mestruale, mentre a basse o alte concentrazioni l'effetto è ridotto. Tuttavia, sapendo che non tutte le donne presentano la sindrome premestruale (PMS), è possibile che tale variabilità intersoggettiva nell'effetto dell'allopregnanolone in fase luteale sia mediata dall'effetto paradossale del GABA_A. Pertanto, un'ulteriore ipotesi eziologica di tipo biologico presuppone che le donne con PMS possano manifestare un effetto paradossale del recettore GABA_A, tale da renderle più sensibili all'effetto negativo dell'allopregnanolone sull'umore (Andréen et al., 2009).

Oltre ad un ruolo ormonale, è stata riconosciuta la presenza di una componente ereditaria nello spiegare l'eziologia della sindrome premestruale (PMS) e del disturbo disforico premestruale (PMDD). In uno studio di Dalton, Dalton e Guthrie (1987) sono stati coinvolti 108 soggetti, di cui 21 madri e le rispettive figlie gemelle. Dall'analisi dei sintomi riferiti dal campione è emerso che nel 69.8% dei casi i sintomi di PMS

caratterizzati da ansia, fatica e irritabilità lamentati dalla madre erano presenti anche nella figlia. Allo stesso tempo, il 62.5% delle figlie di madri asintomatiche non presentavano una condizione di PMS.

In conclusione, nonostante svariate analisi volte ad indagare l'eziologia della sindrome premestruale (PMS) e del disturbo disforico premestruale (PMDD), ancora c'è poca chiarezza e non è stata raggiunta un'opinione condivisa. Una tra le ipotesi biologiche più accreditate suggerisce coloro che presentano tale condizione possano essere caratterizzate da una maggiore sensibilità ai fisiologici cambiamenti ormonali che occorrono nel corso del ciclo mestruale. Non sarebbe quindi un'alterazione della concentrazione degli ormoni steroidei a provocare i sintomi, bensì una particolare suscettibilità ad essi. È possibile inoltre che questa diversa sensibilità abbia a che vedere con una risposta paradossale del recettore GABA in risposta ai processi progestinici, che tende ad indurre uno stato di particolare attivazione affettiva negativa.

1.2.4. Sindrome premestruale (PMS) e Disturbo Disforico Premestruale (PMDD): Trattamento

La sindrome premestruale (PMS) e il disturbo disforico premestruale (PMDD) sono condizioni che possono creare disagio alla persona, limitandola in più aree di vita (Freeman, 2003; Hylan et al., 1999). Per questo motivo possono giungere all'attenzione ginecologica o psicologica, con la necessità di un trattamento in grado di limitare tale sintomatologia. Le principali opzioni terapeutiche attualmente comprendono: terapie non farmacologiche, ormonali, psicofarmacologiche e chirurgiche.

Nel caso in cui la sintomatologia risultasse lieve, può essere suggerito di adottare alcuni accorgimenti legati alla dieta e allo stile di vita, almeno come tentativo iniziale. In particolare, è risultato che la limitazione di sale, caffeina, cioccolato, alcohol e grassi nella dieta alimentare possa attenuare i sintomi di sindrome premestruale (PMS; Perry, 2004; Bertone-Johnson, Haakinson & Bendich, 2005; Milewicz et al., 2004). Inoltre ci sono alcune osservazioni che suggeriscono la possibile efficacia di integratori, come il calcio, il magnesio, la vitamina E, la vitamina B6 e l'L-triptofano (Rapkin, 2003; Bertone-Johnson, Haakinson & Bendich, 2005). Un altro accorgimento che può apportare degli effetti benefici prevede la pratica regolare di attività fisica (Girman, Lee & Klinger, 2003).

Quando invece la sintomatologia premestruale risulta invalidante, può essere prevista una terapia farmacologica. Il rimedio farmacologico di prima linea per il trattamento del disturbo disforico premestruale (PMDD) prevede l'utilizzo di antidepressivi inibitori selettivi del *reuptake* di Serotonina (SSRI; Freeman et al., 1999). Infatti da alcune osservazioni di Ashby e colleghi (1988) è emerso come durante la fase luteale di donne con sindrome premestruale (PMS) e disturbo disforico premestruale (PMDD) fossero presenti alcune alterazioni nei processi serotoninergici, su cui quindi il farmaco andrebbe ad agire. Secondo Johnson (2004), gli SSRI possono essere assunti seguendo diversi regimi: nelle due settimane precedenti alla mestruazione oppure dal primo giorno di sintomi. In altri casi vengono assunti in modo continuativo a basso dosaggio. L'assunzione intermittente del farmaco si è rivelata più efficace rispetto alla sua assunzione continuativa (Wikander et al., 1998). In alternativa all'utilizzo di SSRI, può essere suggerita l'assunzione di ansiolitici, quali il Buspirone o l'Alprazolam (Landen et al., 2001; Freeman et al., 1995) oppure di inibitori del *reuptake* della serotonina e norepinefrina (SNRI), come la venlafaxina.

Una possibile via trattamentale, che può essere considerata meno invasiva rispetto all'assunzione di psicofarmaci, prevede l'utilizzo di contraccettivi orali. Per esempio, uno studio di Freeman (2002) ha evidenziato l'efficacia della pillola contraccettiva combinata nella riduzione di 22 sintomi premestruali. Tuttavia ancora non c'è una solida letteratura al riguardo e ancora non è stato raggiunto un parere condiviso. Infatti altre evidenze hanno messo in luce l'assenza di un effetto significativo nella riduzione dei sintomi dell'umore (Graham, 1992), mentre in altri casi addirittura un incremento della sintomatologia (Freeman, 2012). Pertanto, attualmente l'utilizzo di contraccettivi orali può essere valutato come possibile via trattamentale, risultando per alcune pazienti preferibile rispetto all'assunzione di psicofarmaci, ma non si dispone di solidi risultati sulla loro efficacia.

Nei casi resistenti ai farmaci e che vivono la sintomatologia come particolarmente invalidante, viene valutata la soppressione della funzione ovarica. Tale procedura può prevedere l'assunzione di GnRH analoghi, ormoni in grado di inibire la sintesi di estrogeni e progesterone oltre che interrompere l'ovulazione. I GnRH analoghi si sono infatti rivelati efficaci nella riduzione dei sintomi premestruali (Navette, O'Brien & Backstrom, 2013). Nei casi più severi, in cui gli altri rimedi non

si sono dimostrati efficaci viene presa in considerazione l'ovariectomia (Casson et al., 1990).

Concludendo, attualmente gli SSRI ad uso intermittente risultano la principale via terapeutica in caso di sintomi che limitano il funzionamento della persona, per quanto non sia l'unico rimedio adottabile. La raccomandazione di Johnson (2004) è di scegliere la terapia, considerando a livello individuale la severità della condizione, alla luce del diverso grado di invasività delle alternative trattamentali. In secondo luogo, sottolinea il fatto che la sindrome premestruale (PMS) sia una condizione che tipicamente non si risolve prima della menopausa, pertanto è importante tenere in considerazione gli eventuali effetti collaterali della terapia scelta e il grado di tollerabilità da parte della persona.

Conclusioni

Il capitolo ha esaminato uno dei due elementi cardine alla trattazione, ovvero la sintomatologia premestruale. In particolare vengono descritte la Sindrome Premestruale (PMS) e il Disturbo Disforico Premestruale (PMDD), riconoscendo i limiti della loro classificazione ed esponendo le teorie attualmente più accreditate sulla loro origine. Riguardo al loro inquadramento nosografico, la sintomatologia affettiva viene considerata caratteristica del Disturbo Disforico Premestruale (PMDD), mentre la Sindrome Premestruale (PMS) viene associata prevalentemente a sintomi fisici e comportamentali di minore intensità. Contrariamente però, studi recenti suggeriscono come le forme più severe della Sindrome Premestruale (PMS) possano includere anche sintomi dell'umore e compromettere il funzionamento quotidiano (Hylan et al., 1999; Freeman, 2003). Inoltre altre ricerche evidenziano come la condizione possa presentarsi con elevata eterogeneità da una persona all'altra (Kiesner & Pastore, 2010; Eisenlohr-Moul et al., 2019), oltre che con variazioni nel periodo di presentazione dei sintomi, come nel caso del Mid-Cycle Pattern (Kiesner, 2011). Si evidenzia pertanto la necessità di svolgere ulteriori indagini sulla sintomatologia premestruale, tenendo conto della sua variabilità e dei limiti dettati da una distinzione troppo netta tra la Sindrome Premestruale (PMS) e il Disturbo Disforico Premestruale (PMDD).

Considerando le prospettive attualmente più accreditate riguardo all'eziologia della sintomatologia premestruale, emerge come la letteratura abbia concentrato

l'attenzione principalmente sulla sua componente biologica, prendendo in esame aspetti come la sensibilità alle fisiologiche oscillazioni ormonali e l'effetto paradossale del recettore GABA_A (Schmidt et al., 1998; Andréen et al., 2009) In particolare si ipotizza che le donne che presentano la Sindrome Premestruale (PMS) siano più sensibili alle concentrazioni di allopregnanolone, fisiologicamente presenti in fase luteale, a causa di una risposta anomala del recettore GABA_A (Andréen et al., 2009). L'origine psicosociale della condizione premenstruale risulta invece attualmente poco indagata, nonostante alcuni studi suggeriscano che alcuni eventi di vita particolarmente stressanti, come l'abuso sessuale, possano rappresentare un fattore predisponente (Gumussoy, Donmez & Kesin, 2021; Islas-Preciado, Flores-Celis, González-Olvera & Estrada Camerana, 2021; Kulkarni et al., 2022). Il capitolo successivo inquadrerà il ruolo dell'abuso sessuale nella salute della vittima, approfondendo il legame tra il trauma e la Sindrome Premestruale (PMS).

Capitolo 2: L'abuso sessuale

2.1. Che cosa si intende per abuso sessuale?

L'abuso sessuale viene frequentemente trattato, distinguendo il fenomeno sulla base dell'età della vittima al momento dell'accaduto. Infatti, là dove l'abuso viene analizzato in relazione ad altre condizioni - come la sindrome premestruale (PMS) e il disturbo disforico premestruale (PMDD) - o alla luce dei suoi effetti a lungo termine sulla salute, viene tendenzialmente affrontato considerando separatamente l'abuso sessuale infantile (*Childhood Sexual Abuse, CSA*) dall'abuso sessuale avvenuto in età adulta, talvolta definito come *Sexual Assault* (Linden, 1999; Elliot, Mok & Briere, 2004). Pertanto molti dei risultati e delle osservazioni di seguito presentate derivano dall'osservazione di queste due declinazioni del concetto di abuso sessuale prese singolarmente, così come troviamo in ricerca.

In associazione a tale concettualizzazione dell'abuso sessuale, si evidenzia inoltre una disparità nell'ampiezza della trattazione delle sue due declinazioni. Difatti la letteratura orientata all'indagine dell'evento avvenuto in età infantile è ben più vasta rispetto a quanto emerge dall'osservazione del corrispettivo avvenuto in età adulta. Presumibilmente tale sproporzione potrebbe essere motivata dall'ipotesi per cui la precocità dell'accaduto possa incrementarne la severità dei suoi effetti sulla qualità di vita (Barker-Collo & Read, 2003). Tuttavia, vista la diffusione di episodi di abuso anche in età adulta (WHO, 2021), si evidenzia l'importanza di approfondire ugualmente questo tipo di vissuto e le sue implicazioni.

2.1.1. Il Childhood Sexual Abuse (CSA): una definizione eterogenea

L'abuso sessuale infantile è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006) come: "Il coinvolgimento di un bambino in attività sessuali che lui o lei non comprende completamente, in cui è incapace di fornire un consenso informato, o per le quali non è completamente preparato, o ancora che violano la legge o i tabù della società. Il bambino può essere abusato sessualmente sia da adulti sia da coetanei che sono – in virtù della loro età o stadio di sviluppo – in una posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti della vittima". A partire da tale definizione possiamo evidenziare alcune caratteristiche chiave, ossia il fatto che sia stata compiuta una non

specificata attività sessuale e che questa sia avvenuta in assenza del consenso o delle condizioni affinché possa essere espresso. Inoltre viene riconosciuto che l'aggressore possa non necessariamente essere un adulto.

Per stimare e indagare l'abuso sessuale infantile (CSA), esiste una varietà di strumenti utili alla sua valutazione, tuttavia molti di questi fanno riferimento a differenti concezioni dell'abuso sessuale, che associano l'attività sessuale che lo caratterizza ad una lista di situazioni più o meno ampia. Ad esempio, uno tra gli strumenti più spesso adottati per la valutazione dell'abuso sessuale infantile (CSA) è l'*Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*. Il questionario è costituito da quattro item, che valutano i casi in cui la vittima sia stata forzata ad avere rapporti sessuali (orali, vaginali o anali), a toccare i genitali dell'aggressore o in cui è stato l'aggressore ad entrare in contatto indesiderato con parti intime della vittima. Il *Juvenile Victimization Questionnaire* (Finkelhor, Shattuck, Turner, & Hamby, 2014) invece aggiunge una distinzione sulla base dell'età della figura abusante, indagando se l'aggressore fosse un adulto, conosciuto o sconosciuto, oppure un pari. Invece l'*ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version* (Dunne et al., 2009) include come possibili condizioni di abuso, anche quelle in cui la vittima è stata costretta a guardare i genitali dell'aggressore, a vedere materiale pornografico, alla sua produzione o ancora i casi in cui le è stato rivolto un linguaggio sessuale. Per quanto questo non sia un elenco esaustivo degli strumenti di valutazione utilizzati per studiare l'abuso sessuale infantile (CSA), comunque emerge quanto la concettualizzazione del fenomeno possa variare in base alla prospettiva adottata e di conseguenza anche la sua stima e analisi.

Alla luce della complessità e della varietà nella definizione di abuso sessuale, Mathews e Collin-Vézina (2019) hanno tentato di analizzare la letteratura sul tema e di organizzarla, cercando di raggiungere un modello in grado di sintetizzare le diverse prospettive in un unico concetto. In questo tentativo hanno evidenziato come a livello epidemiologico la stima del fenomeno abbia un ampio range di variazione. Ad esempio in una *review* di Barth e colleghi (2013) è risultato che i tassi di abuso sessuale infantile varino dall'8% al 31% per le donne e tra il 3% e il 17% per gli uomini. Il motivo di tale eterogeneità nei risultati è secondo Mathews e Collin-Vézina (2019) riconducibile alla varietà di definizioni dell'abuso adottate. Difatti, sul costrutto di abuso sessuale

infantile (CSA) non c'è accordo, né per quanto riguarda l'età massima della vittima, né per quanto riguarda l'età del suo aggressore o il fatto che questo possa ricoprire una posizione di potere. Inoltre in alcuni casi viene considerato abuso sessuale, solo nel momento in cui è avvenuto un rapporto penetrativo o che comunque hanno previsto il contatto di parti genitali (es. *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*), mentre in altri vengono considerati anche eventi che non hanno implicato il contatto, per cui l'abuso è passato attraverso il linguaggio o la visione di materiale pornografico (es. *ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version*). Un'altra condizione che non è sempre oggetto di specifica all'interno degli studi epidemiologici è che l'atto sia avvenuto senza il consenso da parte della vittima.

Sulla base di queste evidenze, Mathews e Collin-Vézina (2019) hanno elaborato un modello concettuale utile ad identificare le esperienze di abuso sessuale infantile (CSA), attraverso una definizione ampia e condivisa. Sinteticamente, Mathews e Collin-Vézina (2019) individuano quattro elementi caratteristici dell'abuso sessuale infantile (CSA): la vittima deve essere un bambino o bambina al momento dell'accaduto, l'assenza di consenso, la natura sessuale dell'atto e che possa essere ritenuto un abuso per la posizione ricoperta dall'aggressore nei suoi confronti. Queste quattro caratteristiche vanno a ricalcare ciò che viene suggerito dalla definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006) e tentano di preservare la complessità di individuazione di uno spartiacque in un fenomeno così delicato e difficile da identificare, anche alla luce delle differenze di risposta.

Una delle difficoltà nella definizione dell'abuso sessuale infantile (CSA), è definire che cosa si intende per bambino. Mathews e Collin-Vézina (2019) hanno infatti evidenziato come la vittima, soprattutto se in età adolescenziale, possa essere considerata legalmente un bambino, ma allo stesso tempo a livello sociale e di sviluppo, avere un corredo cognitivo e di capacità psicosociali molto simile a quello adulto. Per questo motivo gli autori suggeriscono, anche se probabilmente non in modo risolutivo, che per poter parlare di abuso sessuale infantile (CSA) la vittima debba poter essere considerata dalla legge o dalle norme sociali un bambino.

Altro elemento di problematicità nella definizione dell'abuso sessuale infantile (CSA) riguarda la natura sessuale dell'atto. Infatti possono esserci casi in cui tale atto viene ristretto limitatamente al fatto che sia avvenuto un rapporto (vaginale, anale o

orale) oppure altri in cui questa definizione viene ampliata. Mathews e Collin-Vézina (2019) suggeriscono di ricondurre la natura dell'accaduto al fatto che l'abusatore ne abbia tratto gratificazione sessuale, al di là che questa fosse fisica o mentale e senza considerare se l'evento sia stato vissuto dalla vittima come connotato sessualmente. In questo modo quindi verrebbero considerati come abusanti anche tutti quegli atti, che non necessariamente hanno previsto un vero e proprio rapporto sessuale.

In fine, secondo la concettualizzazione dell'abuso sessuale infantile di Mathews e Collin-Vézina (2019), l'atto dovrebbe essere avvenuto in assenza di consenso e in una condizione di prevaricazione da parte di una figura di potere per la vittima. Coerentemente a quanto definito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2006), il consenso è assente quando la vittima non ha una piena comprensione di ciò che sta accadendo o non è completamente preparata. Per questo motivo l'assenza di consenso viene identificata sia quando il minore aveva la capacità di dare un adeguato consenso, ma questo è stato negato, sia nel momento in cui la vittima era incapace di fornirlo per le sue caratteristiche di sviluppo o il suo ruolo nella relazione con l'abusante. Inoltre Mathews e Collin-Vézina (2019), reputano come abusanti i casi in cui l'atto venga esercitato da una figura in una posizione di potere o iniquità nei confronti della vittima, come nei casi di relazioni familiari, istituzionali (es. insegnate), economiche (es. datore di lavoro) e sentimentali (es. un coetaneo che riveste il ruolo di partner romantico).

L'autodefinizione di sé come vittima

Un ulteriore aspetto che aggiunge complessità alla rilevazione dell'abuso sessuale infantile (CSA) è il processo di definizione di sé come vittima da parte di chi ha subito l'aggressione, almeno secondo i principi legali. Infatti, al di là della complessità nel delineare i criteri in grado di discriminare un'esperienza di abuso, è comunque frequente che colei che viene identificata legalmente come vittima di abuso non si autoidentifichi tale. Si stima che coloro ad aver legalmente subito un abuso sessuale infantile e allo stesso tempo se ne autodefiniscano vittime, siano in rapporto 1:2 (Rellini & Meston, 2007) e in altri casi si arriva a 1:4 o 1:6 (Silvern et al., 2000; Stander, Olson, & Merrill, 2002). Pertanto emerge come possa esserci un gap di sottostima nella rilevazione dei casi di abuso sessuale.

Per quanto la letteratura sull'argomento sia limitata, in un'analisi di Vaillancourt-Morel e colleghi (2016) è stato indagato il processo di riconoscimento di sé come vittima di abuso sessuale, valutando quali caratteristiche dell'aggressione e della sua risposta influenzassero il fenomeno. In particolare è stato ipotizzato che l'autodefinizione di sé potesse essere influenzata dalla severità dell'abuso, dal genere della vittima e dalla sua risposta emotiva e sessuale all'evento. Per svolgere l'indagine è stato reclutato un campione di 1 021 partecipanti, costituito da una maggioranza di genere femminile (n=756) e da una minoranza di genere maschile (n=265), al quale è stato somministrato un questionario *self-report*.

Dall'analisi di Vaillancourt-Morel e colleghi (2016) è risultato che il 21.3% di donne e il 19.6% degli uomini appartenenti al campione avevano legalmente subito un abuso sessuale, coerentemente a quanto riconosciuto dalla legge canadese. Di questi però solo il 33% delle donne e il 19.2% degli uomini riconosceva la propria esperienza come un abuso sessuale. I risultati vanno quindi a supportare l'ipotesi di una sottostima del fenomeno, che potrebbe essere legata ad un gap nell'autodefinizione di sé come sopravvissuto o sopravvissuta ad un abuso sessuale infantile. Inoltre, data la rilevazione di una differenza significativa nella proporzione tra i due generi, viene evidenziato che lo scarto di sotto-rilevazione tenda ad essere più marcato nel caso del genere maschile. Tale evidenza potrebbe essere riconducibile al tradizionale stereotipo di mascolinità, il quale può risultare inconciliabile al concetto di vittima, soprattutto di abuso sessuale (Briere, 1996).

I risultati suggeriscono inoltre che coloro che arrivano a riconoscersi vittime di abuso sono anche coloro che hanno vissuto un'aggressione reputata di maggiore severità, che hanno manifestato una risposta emotiva negativa più intensa e che hanno manifestato in seguito delle alterazioni a livello sessuale (Vaillancourt-Morel et al., 2016). La severità dell'aggressione è stata in questo caso ricondotta al fatto che l'abusatore fosse un uomo o una figura genitoriale e che l'evento sia stato ripetuto. Un altro risultato degno di nota riguarda la relazione tra l'autodefinizione di sé come vittima di abuso e il comportamento di evitamento dell'attività sessuale o, all'opposto, la sua pratica compulsiva. È possibile che, nel caso dell'evitamento, la persona abbia vissuto la pratica come talmente angosciante e severa, da essere portata ad evitarla nelle sue future esperienze. Dall'altra parte, vista la relazione negativa tra il

riconoscimento dello status di vittima e la compulsività sessuale (Vaillancourt-Morel et al., 2016), è possibile che in questo caso non sia stata riconosciuta la gravità dell'esperienza (Briere,1996).

In conclusione, emerge quindi quanto in letteratura la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2016), sia stata declinata in diverse prospettive, che contribuiscono ad una stima e analisi del fenomeno eterogenea. Ulteriore complicazione deriva dal complesso processo di autodefinizione di sé come vittima di abuso, che rappresenta un evidente limite, soprattutto di fronte a strumenti di rilevazione *self-report*. Tuttavia, al di là del notevole contributo di Mathews e Collin-Vézina (2019) utile alla definizione di un costrutto unitario, tale varietà di prospettive potrebbe allo stesso tempo essere funzionale alla ricerca. In questo modo infatti sarebbe possibile non limitare lo sguardo di analisi in un'unica direzione, rischiando di tralasciare dettagli utili ad un ambito di ricerca in espansione.

2.1.2. L'abuso sessuale in età adulta

Riguardo all'esperienza di abuso sessuale in età adulta, la letteratura è ben più limitata e in alcuni casi più che di abuso, si parla di aggressione sessuale, definita come: “Un evento avvenuto senza il consenso della vittima, che ha incluso l'uso della forza, o la minaccia dell'uso della forza, e ha comportato l'effettiva o tentata penetrazione della vagina, della bocca o del retto della vittima” (Kilpatrick, Edmundus & Seymour, 1992). L'aggressione sessuale utilizza il contatto sessuale come un'arma di potere e può includere baci, contatto, molestie, fino allo stupro o al suo tentativo (Linden, 1999).

Nella storia, tale definizione ha subito più revisioni. Inizialmente il sistema legale inglese aveva definito lo stupro come “il rapporto carnale avvenuto con una donna con la forza e contro la sua volontà”. Tale definizione è stata poi ampliata e modificata, sulla base delle sue criticità, ossia l'identificazione della vittima come necessariamente una donna, escludendo invece bambini o uomini, e il fatto che l'abuso debba essere avvenuto con l'uso della forza, escludendo quei casi in cui viene utilizzata una leva emotiva o psicologica (Linden, 1999). Risulta inoltre improprio il riconoscimento dell'aggressore come un estraneo, in quanto in contrasto con ciò che emerge dagli studi epidemiologici nell'ambito, che evidenziano invece quanto frequentemente l'assalitore sia frequentemente conosciuto dalla vittima (WHO,2018).

Successivamente questa iniziale concettualizzazione è stata declinata attraverso un linguaggio neutrale di genere, ampliando l'identità dell'aggressore e riconoscendo la natura non consensuale dell'atto, piuttosto che il fatto che abbia previsto la forza (Linden, 1999).

Analizzando alcuni dati epidemiologici, in un report sulla violenza sessuale in Europa, redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2021), è risultato come l'aggressore sia spesso una persona vicina alla vittima, tanto da rappresentare per lei il partner, anziché essere estraneo. Infatti da un'indagine condotta su oltre 38 milioni di donne europee di età superiore ai 15 anni, emerge che il 21% avesse subito una violenza sessuale da parte del partner nel corso della sua vita, mentre il 6% solo nell'ultimo anno. Diversamente, il 7% delle intervistate ha dichiarato di aver subito l'aggressione da parte di un estraneo durante la sua vita. Considerando specificatamente i dati italiani, il 16% delle partecipanti ha dichiarato di aver subito violenza sessuale da parte del partner. Sulla base di queste evidenze, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2021) ha dichiarato la violenza contro le donne “una crisi sanitaria pubblica globale di proporzioni pandemiche”.

2.2. L'abuso sessuale e il Disturbo Disforico Premestruale (PMDD)

Definita l'articolata rappresentazione scientifica dell'abuso sessuale e riconosciuti alcuni dei limiti alla sua analisi, consideriamo adesso la relazione centrale alla trattazione, tra l'evento traumatico e la sindrome premenstruale (PMS) o il disturbo disforico premenstruale (PMDD). Difatti, all'interno dell'ampia letteratura orientata ad indagare i possibili effetti a lungo termine dell'abuso sessuale sulla salute della vittima, si sono sviluppati una serie di studi, che hanno messo in luce una particolare associazione tra l'esperienza del trauma precoce, incluso l'abuso sessuale, e la severità della sintomatologia premenstruale (Gumussoy, Donmez & Kesin, 2021; Islas-Preciado, Flores-Celis, González-Olvera & Estrada Camerana, 2021; Kulkarni et al., 2022). Queste evidenze hanno quindi consentito di aprire la strada alla considerazione dell'abuso sessuale come possibile variabile implicata nello sviluppo della sindrome premenstruale (PMS), che si combinerebbe ai noti processi biologici ormonali (Schmidt, 1998; Andréen et al., 2009). L'abuso sessuale come fattore di rischio per la sindrome premenstruale (PMS)   stato documentato sia attraverso un'indagine psicosociale, che ne evidenzia la frequente associazione (Romito et al., 2017; AbdelQadir, 2022), sia attraverso la ricerca di possibili comuni denominatori fisiologici alle vittime di abuso sessuale e a coloro che soffrono di sindrome premenstruale (PMS; Gridler, 2007).

2.2.1. Una prospettiva psicosociale

L'eziologia del disturbo disforico premenstruale (PMDD) viene solitamente ricondotta a fattori fisiologici e organici, come la fluttuazione degli ormoni ovarici e il ruolo dell'allopregnanolone durante la fase luteale (Epperson et al., 2012; Hantsoo & Epperson, 2015; Matsumoto et al., 2013). Tuttavia, si ipotizza che l'origine della sindrome possa non limitarsi alla sola componente biologica, bens  possa essere influenzata da altri fattori di rischio, abbracciando una prospettiva di maggiore complessit  biopsicosociale (Zendehdel & Elyasi, 2018). Attualmente per  la letteratura che prende in considerazione il contributo eziologico di variabili di altra natura   ancora limitata.

Uno dei fattori rischio psico-sociale considerati, visto il suo ruolo nell'eziologia di molti disturbi, è stato il trauma precoce (Ross & Steiner, 2003). Infatti è emerso che le donne abusate durante l'infanzia, mostrino poi maggiori difficoltà di adattamento ai cambiamenti fisici ed emotivi che avvengono durante il ciclo mestruale (Bertone-Johnson et al., 2014). Su questa linea, in uno studio di Kulkarni e collaboratori (2022) è stata indagata l'associazione tra il disturbo disforico premestruale (PMDD) e il trauma infantile, con l'obiettivo di comprendere quali tipologie di esperienze assumessero un ruolo in tale relazione. In particolare, sulla base della distinzione apportata dalla *World Health Organization* (WHO), sono state indagate quattro diverse tipologie di trauma precoce: l'abuso fisico, l'abuso sessuale, l'abuso emotivo e la trascuratezza infantile (Butchart, 2006).

Per indagare la relazione tra il trauma precoce e il disturbo disforico premestruale (PMDD), Kulkarni e colleghi (2022) hanno reclutato un campione di 100 partecipanti con diagnosi di disturbo disforico premestruale (PMDD), che sono state poi valutate mettendole a confronto a 223 donne appartenenti alla popolazione generale. Dall'analisi dei dati è emerso che l'83% delle partecipanti ha riportato di aver vissuto un trauma precoce, tra queste il 71% ha subito un abuso emotivo e il 24% è stato vittima di abuso sessuale. Inoltre il 44.6% delle partecipanti ha riferito di aver vissuto diverse tipologie di trauma. Considerando le diverse fasce di età durante le quali è avvenuto il trauma, è emerso che solo il 18.1% delle partecipanti ha vissuto l'abuso in una sola fase dell'infanzia, dunque significa che in alcuni casi il trauma è stato ripetuto nel tempo. Sembra quindi che la maggior parte delle partecipanti siano state vittime del trauma emotivo e che spesso l'abuso sia stato inflitto in diverse forme e reiterato.

I risultati hanno supportato l'ipotesi secondo cui la prevalenza del disturbo disforico premestruale (PMDD) sia maggiore tra coloro che hanno vissuto un trauma infantile. Infatti la prevalenza di tutte le quattro tipologie di trauma analizzate nel gruppo di donne con diagnosi ha superato quella del gruppo di controllo. Nonostante fosse l'abuso emotivo la forma di trauma precoce maggiormente associata alla sindrome, i risultati supportano l'ipotesi per cui esista una relazione tra l'abuso sessuale e la sintomatologia premestruale. È emerso che le donne con disturbo

disforico premenstruale (PMDD) avessero una probabilità superiore del 12.4% rispetto al gruppo di controllo di aver vissuto l'abuso sessuale in epoca infantile.

Un'ulteriore evidenza a supporto del ruolo del trauma precoce come fattore di rischio nell'eziologia della sindrome premenstruale (PMS) deriverebbe dalla meta-analisi di Islas-Preciado (2021). In particolare, è stato indagato l'effetto dell'abuso fisico e sessuale avvenuto durante l'infanzia o l'adolescenza, nello sviluppo della sindrome premenstruale (PMS) e del disturbo disforico premenstruale (PMDD). Per l'indagine sono stati analizzati 5 articoli, che esaminano un totale di oltre 3000 partecipanti, di cui 1076 con sindrome premenstruale (PMS) o disturbo disforico premenstruale (PMDD) e 2094 appartenenti al gruppo di controllo.

Dai risultati è emerso che essere esposti ad un abuso fisico o sessuale durante l'infanzia o l'adolescenza aumenterebbe la probabilità di sviluppare la sindrome premenstruale (PMS) o il disturbo disforico premenstruale (PMDD) durante l'età adulta. Considerando separatamente i due tipi di trauma, è emerso che aver subito un trauma sessuale o fisico aumenta rispettivamente di 1.49 e 2.14 volte la probabilità di sviluppare il disturbo. Valutando invece l'effetto complessivo dei due eventi, sembra che le vittime abbiano una probabilità 1.99 volte più alta di sviluppare la sintomatologia premenstruale durante l'età adulta. Pertanto, la meta-analisi di Islas-Preciado e collaboratori (2021) supporta l'ipotesi che le donne che vittime di abusi sessuali o fisici durante l'infanzia o l'adolescenza siano una popolazione vulnerabile per lo sviluppo della sintomatologia premenstruale in età adulta.

Un contributo aggiuntivo nella comprensione del ruolo della storia di abuso infantile nello sviluppo della sindrome premenstruale (PMS), proviene da alcune osservazioni di Gumussoy, Donmez e Keskin (2021) condotte su un campione di 702 studentesse. In questo caso, oltre alla presenza di sintomi premenstruali e di una storia di abuso durante l'infanzia, è stato preso in considerazione il funzionamento mestruale generale della donna, considerando ad esempio la sua regolarità. Infatti, in uno studio di Jacobs e collaboratori (2015) emerge che l'esperienza di un evento stressante precoce possa essere associata alla presenza di alterazioni a livello dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), che a lungo termine possono manifestarsi attraverso delle irregolarità nel ciclo mestruale, calo della fertilità e della riserva ovarica. Per questo

motivo, diventa oggetto di interesse indagare se l'abuso precoce possa ripercuotersi a lungo termine su ulteriori aspetti della salute e del benessere mestruale.

I risultati suggeriscono che le donne con sindrome premenstruale (PMS) abbiano riferito una storia di abuso precoce con maggiore frequenza ed intensità rispetto alle donne senza la sintomatologia. In particolare emerge che le donne che soffrono della sindrome premenstruale (PMS) abbiano più probabilità di aver vissuto un abuso emotivo, fisico o sessuale. Non sono state invece riscontrate differenze tra i due gruppi in termini di trascuratezza fisica ed emotiva. Questi risultati supportano l'ipotesi che il trauma precoce rappresenti un importante fattore eziologico nello sviluppo della sindrome, soprattutto se si è trattato di un abuso emotivo, fisico o sessuale (Gumussoy et al., 2021).

Ipotizzando che il trauma infantile possa influenzare anche altri aspetti del ciclo mestruale, Gumussoy e collaboratori (2021) nel loro studio hanno indagato i sentimenti e i dolori provati durante la mestruazione e la regolarità del ciclo. Da queste analisi è emerso che il 66.4% delle partecipanti presenta un ciclo mestruale irregolare. Inoltre è emerso che questa condizione fosse più frequente tra coloro che soffrono di sindrome premenstruale (PMS) e che sono state vittime di abuso infantile. Sembra quindi che sia necessario approfondire l'effetto a lungo termine del trauma precoce non solo in termini di sindrome premenstruale (PMS), ma anche considerando il ciclo mestruale e la fertilità in senso più ampio.

Concludendo, la letteratura evidenzia una relazione tra la presenza di una storia traumatica di abusi in età infantile e la presenza di sindrome premenstruale (PMS) in età adulta. Inoltre, come suggerito dalle osservazioni di Gumussoy (2015), tale vissuto sembra in relazione non solo alla presenza di sintomi premenstruali ricorrenti, ma anche ad altri aspetti del funzionamento mestruale della vittima, come la sua regolarità. Nonostante dalle analisi fino ad ora svolte l'abuso sessuale non sia considerata la tipologia di trauma precoce che è risultata maggiormente impattante nello sviluppo della sindrome premenstruale (PMS), vista la crescente presa di consapevolezza della sua diffusione, si sottolinea l'importanza di approfondimento delle sue implicazioni su una delle sfere della salute individuale, ossia quella psicologica e riproduttiva.

Il ruolo della regolazione emotiva come mediatore nella relazione tra il trauma precoce e la sindrome premestruale (PMS)

A partire dalle evidenze sulla relazione tra la sindrome premestruale (PMS) e il trauma precoce, sono state svolte alcune indagini su quali fattori possano mediare l'effetto a lungo termine del trauma infantile. In particolare, dati i risultati di uno studio di Hopfinger e colleghi (2016), dal quale emerge il ruolo di mediatore della disregolazione emotiva nella relazione tra l'abuso precoce e la gravità della depressione, è stato ipotizzato che tale caratteristica possa contribuire a spiegare anche l'associazione tra l'evento traumatico e il disturbo disforico premestruale (PMDD). A supporto di tale ipotesi, in uno studio di Peterson e colleghi (2016) sarebbe emerso che le difficoltà di regolazione emotiva fossero frequenti anche tra coloro che presentano il disturbo disforico premestruale (PMDD). Sulla base di queste osservazioni, Azoulay e collaboratori (2020) hanno ipotizzato che le donne vittime di abuso precoce possano avere minori capacità di regolazione delle emozioni e che tali difficoltà, oltre ad essere associate ai sintomi, abbiano un ruolo come moderatrici o mediatori dello sviluppo della sindrome premestruale (PMS) e del disturbo disforico premestruale (PMDD).

Per indagare il ruolo della disregolazione emotiva nella relazione tra il trauma infantile e il disturbo disforico premestruale (PMDD), Azoulay e colleghi (2020) hanno reclutato un campione di 118 donne, di età media di 23.4 anni, alle quali sono stati somministrati questionari su: la presenza di ricorrente sintomatologia premestruale (*Premenstrual Symptoms Screening Tool, PSST*), esperienze di eventi traumatici precoci (*Childhood Trauma Questionnaire, CTQ*) e sulla regolazione emotiva (*Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS*). Dai risultati del PSST e sulla base dei criteri del DSM-5, il campione è stato suddiviso in tre gruppi. Coloro che hanno soddisfatto tutti i criteri per la diagnosi del disturbo disforico premestruale (PMDD) sono stati assegnati a tale gruppo (13.6%), mentre coloro che li hanno soddisfatti parzialmente sono entrati a far parte del gruppo con sindrome premestruale (PMS) (18.6%). Le partecipanti restanti sono state incluse nel gruppo di controllo (67.8%).

Coerentemente con quanto emerso da altri studi in letteratura (Felitti et al., 2019), la ricerca di Azoulay e colleghi (2020) supporta l'evidenza per cui esista una correlazione positiva tra il trauma infantile e i sintomi premestruali. In particolare il

28.9% delle donne con disturbo disforico premenstruale (PMDD) o sindrome premenstruale (PMS) ha riferito di aver vissuto un evento traumatico durante l'infanzia, mentre tale condizione è presente solo nel 10% del gruppo di controllo. Inoltre è emersa una correlazione significativa tra la sintomatologia premenstruale e il vissuto traumatico ($r = .282, p < 0.01$), soprattutto per quanto riguarda l'abuso sessuale, che è risultato l'evento maggiormente associato ai sintomi ($r = .243, p < 0.01$). Anche la trascuratezza emotiva è risultata associata alla sintomatologia premenstruale, ma con minore intensità ($r = .198, p < 0.05$). La trascuratezza fisica, l'abuso fisico ed emotivo non correlavano in modo significativo con i sintomi premenstruali. Emerge quindi che l'abuso sessuale sia la tipologia di trauma infantile maggiormente associata alla sintomatologia premenstruale.

Riguardo ai risultati sui possibili mediatori dell'effetto indiretto dell'abuso infantile sui sintomi premenstruali, è emerso che le difficoltà nella regolazione delle emozioni possano in parte spiegare tale relazione. Infatti, dalle osservazioni di Azoulay e colleghi (2020) è emerso che l'esperienza di abuso precoce abbia un effetto indiretto significativo sulla sintomatologia premenstruale, con una dimensione moderata. A supporto delle ipotesi, questo effetto sembra essere mediato dalla disregolazione emotiva. Invece le analisi sull'effetto diretto dell'abuso infantile non hanno condotto a risultati significativi. Non tutte le tipologie di trauma sono risultate mediate dalle difficoltà di regolazione emotiva, infatti solo l'abuso sessuale, fisico ed emotivo sembrano essere coinvolti in questo processo, escludendo invece la trascuratezza fisica ed emotiva.

Dunque, la ricerca di Azoulay e collaboratori (2020) supporta l'ipotesi per cui le difficoltà nella regolazione delle emozioni medierebbero l'effetto a lungo termine dell'abuso infantile, soprattutto di tipo sessuale ed emotivo, sui sintomi premenstruali. In particolare, sostengono che le donne esposte all'abuso infantile potrebbero avere minori capacità di adattamento emotivo di fronte ai cambiamenti psicologici e fisici che avvengono durante il ciclo mestruale. È possibile che l'evento stressante abbia provocato la difficoltà di regolazione emotiva oppure i due fattori siano semplicemente associati. Ad ogni modo, sembra che la combinazione tra l'abuso infantile e la difficoltà nella regolazione delle emozioni possano rappresentare dei fattori di vulnerabilità per lo sviluppo del disturbo disforico premenstruale (PMDD).

2.2.2. Una prospettiva biologica

Per comprendere l'impatto a lungo termine dell'abuso sulla sintomatologia premestruale, secondo una prospettiva biologica, alcuni studi hanno indagato gli effetti dell'esperienza traumatica sul sistema di risposta allo stress, prendendo in considerazione il funzionamento neuroendocrino e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). In particolare, dallo studio di Heim e collaboratori (2001) emerge che le donne abusate, tendano a manifestare persistenti alterazioni dell'asse HPA, con elevate concentrazioni di adrenocorticotropo (ACTH) e cortisolo. Diversamente, lo studio di Girdler e colleghi (2003) suggerisce che le partecipanti con una storia di abuso presentino livelli di cortisolo in risposta allo stress minori rispetto alle altre donne. Al di là della discordanza presente in letteratura, alla luce del ruolo che l'ipotalamo e l'ipofisi rivestono anche per il funzionamento del ciclo mestruale, risulta rilevante indagare gli effetti del trauma sul sistema di risposta allo stress, in una prospettiva di approfondimento del suo legame con il disturbo disforico premestruale (PMDD).

Analizzando alcune delle indagini sulla relazione tra l'abuso sessuale e il disturbo disforico premestruale (PMDD), emergono alcune problematiche (Girdler et al., 2007). Una tra le limitazioni più rilevanti coincide con il fatto che spesso non venga considerata l'influenza di una possibile storia di depressione e delle diverse fasi del ciclo mestruale sulla risposta fisiologica allo stress (Heim et al., 2000). Infatti, studiando la popolazione di donne vittime di abuso, occorrerebbe considerare la frequente associazione tra il trauma e lo sviluppo di una storia di depressione (Kendler et al., 2000), la quale spesso si accompagna ad alterazioni persistenti nella risposta fisiologica allo stress (Young et al., 2000). Un altro limite diffuso è quello di non prendere in considerazione l'influenza dell'assunzione di farmaci sui parametri studiati (Lemieux & Coe, 1995). Pertanto, Girdler e collaboratori (2007), con l'obiettivo di indagare l'impatto dell'evento traumatico sul funzionamento cardiovascolare e noradrenergico in un gruppo di donne con disturbo disforico premestruale (PMDD), hanno escluso dal campione le partecipanti che presentavano una storia di depressione o che assumevano farmaci. In questo modo è stato possibile comprendere in modo isolato l'effetto dell'abuso sul campione. Inoltre, trattandosi nello specifico di vittime con disturbo disforico premestruale (PMDD), la valutazione

nella risposta allo stress è stata differenziata nelle diverse fasi del ciclo mestruale, ripetendola sia in fase follicolare sia in fase luteale.

Al fine di comprendere l'effetto dell'abuso sui processi di risposta allo stress nelle donne con disturbo disforico premestruale (PMDD), Girdler e collaboratori (2007) hanno reclutato un campione costituito da 25 donne con diagnosi e 42 controlli. Per valutare la presenza e l'intensità dei sintomi premestruali è stato somministrato un questionario giornaliero per 2-3 mesi (*The Prospective Record of the Impact and Severity of Menstrual Symptoms calendar*). Le vittime di abuso fisico o sessuale erano in totale 24, di cui 12 appartenenti al gruppo con diagnosi e 12 controlli. Le partecipanti sono state sottoposte al *Trier Social Stress Test* (TSST), una procedura di laboratorio utilizzata per suscitare la risposta di stress. I parametri misurati durante la procedura sono stati: il cortisolo e la norepinefrina (NE) nel plasma, il battito cardiaco (HR), la pressione sanguigna diastolica (DBP) e l'indice di resistenza vascolare (VRI). La misurazione è stata ripetuta in tre diversi momenti della prova, includendo una misura di *baseline* e due misurazioni durante l'esecuzione del compito stressante.

Dall'analisi dei dati è stata confermata l'ipotesi di alterazione della risposta allo stress nelle donne vittime di abuso sessuale o fisico. In particolare, è emerso che le donne abusate avessero delle concentrazioni minori di cortisolo, rispetto alle partecipanti non abusate. Tale variazione è stata riscontrata soltanto in fase follicolare. Diversamente, in fase luteale, non sono emerse differenze tra i due gruppi. Questa variazione da una fase all'altra del ciclo mestruale è risultata soltanto per il cortisolo. È emerso quindi che le donne vittime di abuso, esposte ad una condizione stressante, avessero una risposta allo stress ipoattiva, rispetto alle donne non abusate, ma soltanto in fase follicolare.

Osservando i valori delle concentrazioni di norepinefrina nel plasma, emerge anche in questo caso una risposta fisiologica ipoattiva alla minaccia. Infatti, i livelli di norepinefrina sono risultati più bassi nelle partecipanti abusate in entrambe le fasi del ciclo mestruale. Ciò è stato osservato indipendentemente dalla presenza o assenza di disturbo disforico premestruale (PMDD). Sembra quindi che le vittime di abuso manifestino a lungo termine delle alterazioni nella loro risposta allo stress in termini di iporesponsività. In particolare, sia a baseline sia di fronte alla minaccia, le partecipanti presentavano minori concentrazioni di cortisolo e di norepinefrina.

Dall'analisi dei valori cardiovascolari, è emerso che le donne vittime di abuso, con o senza disturbo disforico premestruale (PMDD), presentavano una maggiore frequenza cardiaca, in tutte le fasi della valutazione. Per quanto riguarda invece la pressione sanguigna diastolica (DBP) e l'indice di resistenza vascolare (VRI), è stato osservato che le donne abusate con disturbo disforico premestruale (PMDD) presentavano valori maggiori rispetto alle donne con diagnosi non abusate. Osservando i due gruppi di partecipanti senza disturbo disforico premestruale (PMDD), non è stata riscontrata alcuna differenza significativa sulla base della presenza o assenza di una storia di abuso. Sembra quindi che vi sia un'alterazione dei parametri di pressione sanguigna diastolica (DBP) e di resistenza vascolare (VRI), a riposo e durante lo stress, soltanto tra le donne abusate che presentavano il disturbo.

In conclusione, lo studio di Girdler e collaboratori (2007) supporta l'evidenza di un'alterazione a lungo termine nella risposta allo stress di tipo cardiovascolare e dell'asse HPA, anche in assenza di depressione o assunzione di farmaci. Ad eccezione del cortisolo, tale alterazione è risultata stabile sia in fase follicolare sia in fase luteale, quindi non sembra essere influenzata dalle diverse fasi del ciclo mestruale. Secondo Prange (1999), questo fenomeno potrebbe essere espressione di un processo disfunzionale di adattamento allo stress, che porta il soggetto a rimanere vigile e fisiologicamente preparato a rispondere ad una minaccia, anche quando questa non è presente. Inoltre i risultati sui valori di pressione sanguigna diastolica (DBP) e di resistenza vascolare (VRI), suggeriscono che le donne con disturbo disforico premestruale (PMDD) possano essere più vulnerabili a sviluppare delle alterazioni cardiovascolari persistenti in seguito all'evento.

2.3. L'impatto a lungo termine dell'abuso sessuale sulla salute delle vittime

Indagando la risposta delle vittime all'abuso sessuale, un'ampia letteratura si è dedicata all'esplorazione dell'effetto dell'evento traumatico sulla salute di chi l'ha vissuto, considerando non solo l'impatto a breve termine, ma inquadrando la risposta anche in una prospettiva a lungo termine. Alcuni studi hanno infatti evidenziato il ruolo dell'abuso sessuale come fattore associato a numerosi effetti negativi sulla salute individuale (Pulverman, Kimnik & Meston, 2018; Mullen et al., 1993; Sarkar, 2010; Hilden et al., 2004; Jacobs, Boynton & Harville, 2015). Tuttavia, prima di procedere con la descrizione degli effetti a lungo termine dell'abuso sul benessere della vittima, sono necessarie due premesse. La prima premessa riguarda la presentazione delle evidenze sulla relazione tra il vissuto di abuso e la salute, suddividendo quest'ultima in più aree. Questa suddivisione non intende ridurre il benessere globale e la qualità di vita di chi ha subito l'abuso a una lista di elementi distinti, ma risponde unicamente all'esigenza di organizzare le evidenze presenti in letteratura. La seconda premessa riguarda il fatto che molti dei risultati riportati derivano principalmente dall'osservazione di persone che hanno subito abuso durante l'infanzia. Infatti, anche in questo caso, si registra una lacuna nella comprensione dell'abuso sessuale occorso in età adulta, in quanto la maggior parte degli studi nell'ambito rivolge l'attenzione prevalentemente a coloro che hanno subito il trauma in età precoce. Pertanto si sottolinea l'esigenza di ampliare l'osservazione, includendo la valutazione di esperienze che possano aver riguardato l'intero arco della vita.

2.3.1. Salute psicologica

Relativamente alla dimensione del benessere psicologico, in uno studio di Browne & Finkelhor (1986) è stata valutata la probabilità che coloro che hanno avuto esperienza di abuso sessuale infantile (CSA) possano poi sviluppare un disturbo psicopatologico in età adulta. I risultati emersi sono andati a supportare tale ipotesi, suggerendo che l'abuso precoce possa essere considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di condizioni di disagio psicologico. Sulla base di queste evidenze, anche in uno studio di Mullen e colleghi (1993) è stato indagato il ruolo dell'abuso sessuale infantile (CSA) come fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di una psicopatologia in

età adulta. In questo caso gli autori hanno inoltre ipotizzato che il trauma potesse essere più frequente all'interno di un contesto familiare svantaggiato. Per questo motivo Mullen e colleghi (1993) hanno cercato di isolare l'effetto della storia di abuso, rispetto ad altri fattori di rischio legati al contesto familiare, come la presenza di conflitti all'interno della coppia genitoriale o la presenza di psicopatologia materna o paterna.

Tra i dati più allarmanti riportati da Mullen e colleghi (1993), vi sono quelli relativi al **rischio suicidario** nelle vittime di abuso sessuale infantile. L'8% di coloro che ha riferito una storia di abuso sessuale durante l'infanzia ha dichiarato di aver tentato il suicidio, mentre tale condizione è stata rilevata in solo una partecipante del gruppo di controllo. È risultato che le vittime abbiano una probabilità tra le 20 e le 70 volte superiore di tentare il suicidio, in base alla severità dell'abuso. Infatti sembra che coloro che hanno subito un rapporto penetrativo indesiderato siano più esposte al rischio suicidario, rispetto a coloro che invece sono state coinvolte in un contatto genitale (Mullen et al., 1993).

Dai risultati è emerso inoltre che coloro che hanno vissuto un abuso sessuale durante l'infanzia (CSA), possano avere maggiori probabilità di riferire la presenza di **disturbi d'ansia o depressivi**, sia al momento della valutazione sia nell'intero arco di vita. In particolare, il 13% di coloro che hanno subito abuso presentava un disturbo depressivo al momento della valutazione, a confronto al 5% delle partecipanti non abusate. Considerando i casi più severi di aggressione, la frequenza di disturbi depressivi raggiungeva il 23%. Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, sono stati riscontrati nel 3% del campione e la quasi totalità aveva esperienza di abuso sessuale durante l'infanzia. Inoltre, il 56% e il 42% delle vittime di abuso ha riferito di aver sofferto di un disturbo depressivo o d'ansia nell'arco di vita, a confronto al 33% e al 23% del gruppo di controllo.

Osservando i risultati riguardanti la frequenza dei **disturbi alimentari**, quali anoressia e bulimia, tra coloro che hanno vissuto un abuso sessuale infantile (CSA), sembra che la probabilità per queste pazienti di sviluppare la patologia sia 3 volte superiore, rispetto alle coetanee. È emerso infatti che il 12% delle partecipanti con una storia di abuso sessuale infantile (CSA) abbia sviluppato un disturbo alimentare, a confronto al 4% del gruppo di controllo. Questa percentuale sale al 22% se si considera coloro che hanno vissuto un abuso nell'infanzia con un rapporto penetrativo.

Per quanto riguarda i dati sull'**uso di sostanze**, lo studio di Mullen e colleghi (1993) suggerisce che le donne vittime di abuso sessuale infantile (CSA) abbiano maggiori probabilità di assumere una quantità eccessiva di alcol e di fare abuso di droghe. I risultati indicano che il 9% delle vittime di abuso si è dichiarato dipendente da droghe, a confronto al 4% del gruppo di controllo. In particolare, andando ad osservare le diverse tipologie di abuso sessuale in cui le vittime sono state coinvolte, emerge come il rischio di sviluppare l'abuso di sostanze sia presente soprattutto tra coloro che hanno subito un rapporto penetrativo indesiderato.

L'abuso sessuale infantile non è il solo fattore di rischio implicato nello sviluppo delle psicopatologie fino ad ora analizzate. Infatti Mullen e colleghi (1993) hanno considerato anche il ruolo di altri fattori di rischio, quali: essere cresciuti in una famiglia non nucleare, la separazione dei genitori, la conflittualità all'interno della coppia genitoriale, l'instabilità familiare (es. frequenti traslochi), la presenza di psicopatologia materna o paterna e uno stile genitoriale iper-controllante o punitivo. Tutti questi fattori sembrano aumentare la probabilità che la persona abbia subito un abuso sessuale durante l'infanzia e che abbia sviluppato uno dei disturbi psicopatologici presi in considerazione. Tuttavia, i risultati supportano l'evidenza di un effetto indipendente dell'abuso sessuale infantile sulla probabilità di sviluppare una psicopatologia in età adulta.

In sintesi, lo studio di Mullen e colleghi (1993), supporta l'ipotesi che l'abuso sessuale infantile rappresenti un fattore di vulnerabilità per lo sviluppo di un disturbo psicopatologico in età adulta. In particolare, dai risultati emersi, sembra che l'abuso con rapporto penetrativo sia considerata la sua forma più severa e maggiormente associata alle condizioni esaminate. Tali evidenze si sono mantenute anche tenendo conto della combinazione con altri fattori di rischio relativi al contesto familiare. Si può quindi concludere che l'abuso sessuale infantile (CSA) possa rappresentare un fattore di rischio coinvolto nell'eziologia di diverse forme di psicopatologia.

L'abuso sessuale, il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e il disturbo disforico premestruale (PMDD)

All'interno del filone di ricerca dedicato all'esplorazione dei possibili esiti psicopatologici dell'abuso sessuale, alcuni studi hanno approfondito la prevalenza del disturbo da stress post traumatico (PTSD) tra le vittime, considerando la componente traumatica dell'esperienza e l'effetto che è in grado di esercitare anche a lungo termine. Sembra infatti che frequentemente coloro che hanno vissuto il trauma durante l'infanzia, manifestino sintomi post traumatici anche a distanza di anni in età adulta. Per esempio, da un'analisi condotta su un campione di adulti sopravvissuti ad un abuso sessuale durante l'infanzia, è risultato che il 69% presentasse sintomi di PTSD, anche in forma cronica (Rowan, Foy, Rodriguez & Ryan, 1994). Un'ulteriore evidenza deriverebbe da uno studio di Rodriguez e colleghi (1997), in cui è stata indagata la vulnerabilità delle vittime di abuso sessuale infantile (CSA) tenendo conto della frequente combinazione del trauma con episodi di abuso fisico avvenuti durante l'infanzia (*Childhood Physical Abuse*, CPA; Moeller, Bachman & Moeller, 1993).

Per comprendere la relazione tra l'abuso infantile sessuale e fisico con i sintomi di PTSD, Rodriguez e colleghi (1997) hanno coinvolto un campione clinico di 77 partecipanti di età adulta, mettendo a confronto la sintomatologia post traumatica di due gruppi di pazienti, di cui uno di controllo e uno vittima di abuso sessuale durante l'infanzia, in trattamento per affrontare l'evento traumatico. È risultata un'associazione tra l'abuso sessuale infantile (CSA) e il successivo sviluppo di PTSD. Infatti l'86.7% delle partecipanti con esperienza di abuso sessuale infantile (CSA) ha soddisfatto i criteri diagnostici per il PTSD, a confronto al 19.4% del gruppo di controllo (Rodriguez et al., 1997). Tuttavia non si può escludere che questi dati siano stati in parte influenzati dal fatto che si trattasse di un campione clinico, che sta seguendo un percorso psicologico proprio per elaborare l'aggressione subita. È possibile quindi che il disagio esperito fosse maggiore in questo particolare campione e di conseguenza anche la percentuale di diagnosi. Ad ogni modo, altri studi condotti su un campione non clinico (Rowan, Foy, Rodriguez & Ryan, 1994; Adams, Mrug & Knight, 2018) hanno supportato l'evidenza di un'associazione tra il PTSD e l'esperienza di abuso sessuale.

Inoltre, dalle osservazioni di Rodriguez e colleghi è emerso che l'89% delle vittime di abuso sessuale infantile (CSA) avessero subito anche forme di abuso fisico durante l'infanzia (CPA). Tuttavia, è stato evidenziato come entrambe le esperienze traumatiche, analizzate separatamente, fossero in relazione al PTSD. Infatti è risultato che l'abuso infantile sessuale e fisico spiegassero rispettivamente il 19% e l'8% della varianza nell'intensità della sintomatologia post-traumatica. Pertanto, si può concludere che la combinazione delle due tipologie di trauma precoce aumenti le probabilità di sviluppare il PTSD, ma allo stesso tempo l'abuso sessuale assuma anche un ruolo indipendente nell'eziologia del disturbo (Rodriguez et al., 1997).

Considerando la relazione tra l'esperienza di abuso sessuale infantile (CSA) e il PTSD, si potrebbe ipotizzare che esistano delle tipologie di abuso che risultano più severe di altre e di conseguenza maggiormente associate al disturbo. Per esempio, da uno studio di Rowan, Foy, Rodriguez e Ryan (1994) è risultato che la severità della sintomatologia post traumatica correla con caratteristiche dell'abuso come: la sua durata, la sua frequenza, il fatto che l'aggressore abbia fatto uso della forza e l'età della vittima al momento dell'accaduto. Un'altra caratteristica dell'abuso sessuale che sembra assumere un valore predittivo rispetto alla probabilità che la vittima sviluppi un PTSD in seguito all'accaduto riguarda il fatto che l'aggressione abbia previsto la penetrazione. Risulta infatti che quando l'abuso ha previsto l'atto penetrativo la probabilità di sviluppare in seguito il PTSD è del 64%. Invece, considerando coloro che hanno subito un abuso sessuale senza penetrazione, il 33.3% ha sviluppato la psicopatologia post traumatica (Saunders et al., 1992).

A proposito del ruolo traumatico dell'atto penetrativo al momento dell'abuso, si evidenzia come frequentemente in letteratura la severità dell'evento venga classificata sulla base della natura del rapporto sessuale e del suo livello di invasività, anziché sulla percezione soggettiva dell'esperienza traumatica. Dunque per valutare la gravità del trauma subito, alle vittime vengono spesso poste domande su come si è svolto l'abuso, ma trascurando il vissuto della persona e l'affettività provata. In particolare, nello studio di Rodriguez e colleghi (1997) sono stati distinti tre diversi livelli di severità dell'abuso sessuale: con contatto di natura sessuale senza penetrazione, con penetrazione di dita o oggetti e con penetrazione del pene. L'analisi dei dati ha confermato l'ipotesi di un'associazione tra il livello di severità dell'abuso

sessuale infantile e del PTSD, evidenziando una correlazione positiva tra le caratteristiche dell'abuso e l'intensità della sintomatologia post-traumatica ($r = .43, p < .01$). Nonostante si possa ipotizzare che le vittime di abusi sessuali con penetrazione siano anche quelle che riporterebbero un vissuto emotivo maggiormente segnato dal trauma, comunque si sottolinea la necessità di approfondire la soggettività delle vittime, anche con una metodologia qualitativa, al fine di avere una comprensione più completa dell'esperienza.

Oltre al frequente sviluppo del PTSD in seguito all'esperienza traumatica di abuso sessuale, risulta interessante evidenziare come anche il disturbo disforico premestruale (PMDD) sia una condizione che può essere associata al disturbo post-traumatico. Infatti, dallo studio di Wittchen e collaboratori (2002) è emerso che il 47.4% delle donne con disturbo disforico premestruale (PMDD) presentava in associazione anche un disturbo d'ansia. Il disturbo d'ansia più frequentemente riscontrato era il disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Pertanto uno studio successivo di Wittchen e colleghi (2003) intende approfondire tale evidenza, indagando questa associazione attraverso una *review case-by-case*.

Pochi studi consentono di suggerire un'ipotesi causale che spieghi la relazione tra l'abuso infantile, il PTSD e il disturbo disforico premestruale (PMDD). Per comprendere il pattern temporale di occorrenza dei fenomeni, lo studio di Wittchen e collaboratori (2003) ha condotto un'analisi longitudinale approfondita dei singoli casi ($n=10$). In particolare le partecipanti sono state intervistate per la prima volta all'età di 14-24 anni (*baseline*) e poi è stata ripetuta la valutazione per due volte, con intervalli temporali di circa 20 mesi. In questo modo è stato possibile conoscere uno spaccato di vita di circa 3 anni attraverso 3 valutazioni ripetute. Durante l'intervista (*Munich-Composite International Diagnostic Interview*, MCIDI) è stata valutata la sintomatologia del disturbo disforico premestruale (PMDD) e di PTSD, oltre che la presenza di eventuali vissuti traumatici.

Dall'analisi *case by case* è risultata una relazione tra la storia di abuso sessuale durante l'infanzia, la presenza di PTSD e la sintomatologia premestruale. Infatti cinque delle partecipanti analizzate soddisfacevano i criteri diagnostici del PTSD, che si è sviluppato in seguito ad un abuso sessuale, e di disturbo disforico premestruale (PMDD). In particolare, per tre di queste è stato possibile constatare che l'abuso fosse

avvenuto tra gli 11 e 12 anni, dopo il quale ha avuto esordio il disturbo disforico premestruale (PMDD). Appurato che si tratti di un numero di casi troppo limitato per giungere a conclusioni; tuttavia, in combinazione ai precedenti risultati di Wittchen e colleghi (2002) sulla comorbilità tra il disturbo disforico premestruale (PMDD) e il PTSD, si può suggerire che esista una relazione tra le due condizioni, ipotizzando un comune elemento traumatico.

Inoltre, attraverso la prospettiva longitudinale, è stato possibile osservare come per alcune donne l'abuso abbia rappresentato un possibile fattore scatenante, che ha portato al passaggio da una condizione di disturbo disforico premestruale (PMDD) sottosoglia a quella di disturbo conclamato. Ad esempio, è il caso di una donna che alla prima valutazione presentava una sintomatologia premestruale sottosoglia. Durante gli anni di partecipazione allo studio, la persona ha subito uno stupro, in seguito al quale ha avuto esordio il disturbo disforico premestruale (PMDD). Altre partecipanti hanno mostrato un pattern simile. Sembra quindi che, seppur basandosi sull'analisi di un numero di casi limitato, l'abuso possa rappresentare un fattore di rischio coinvolto nell'esordio del disturbo disforico premestruale (PMDD), agendo su una vulnerabilità preesistente per tale sintomatologia.

In conclusione, l'abuso sessuale infantile (CSA) è risultato un fattore associato alla salute psicologica della vittima. In particolare, sembra che l'esperienza traumatica possa rappresentare un fattore di rischio a lungo termine per lo sviluppo di disturbi d'ansia, disturbi depressivi, disturbi alimentari, abuso di sostanze e suicidio (Mullen et al., 1993). Inoltre, è interessante evidenziare la triplice associazione tra l'esperienza di abuso sessuale infantile, il PTSD e il disturbo disforico premestruale (PMDD; Wittchen et al., 2003; Rodriguez et al., 1997). Infatti tale combinazione di fattori correlati potrebbe contribuire a spiegare l'effetto dall'abuso sessuale infantile sulla sintomatologia premestruale della vittima, includendo il ruolo del PTSD. Tuttavia, questo è un aspetto su cui è necessario un ulteriore approfondimento teorico, per il momento è possibile unicamente constatare che alcune delle vittime di abuso sessuale tendono a sviluppare una sintomatologia post traumatica (Rowan, Foy, Rodriguez & Ryan, 1994; Rodriguez et al., 1997) e che esiste un'associazione tra il disturbo disforico premestruale (PMDD) e la sintomatologia post-traumatica (Wittchen et al., 2002), individuata anche in alcune vittime di abuso sessuale (Wittchen et al., 2003).

La salute sessuale

Un'altra implicazione a lungo termine dell'abuso sessuale infantile (CSA) sulla salute della vittima, riguarda il suo funzionamento nell'area della sessualità in età adulta. È possibile infatti ipotizzare che avendo il trauma coinvolto l'area della sessualità, questo possa lasciare un segno visibile anche a lungo termine, che ne intacchi il funzionamento. Da un'analisi di Leonard & Follette (2002) è emerso che l'abuso sessuale infantile (CSA) possa rappresentare uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di disfunzioni sessuali, in quanto l'esperienza emotiva della vittima legata all'aggressione può portarla a mettere in atto evitamenti in età adulta oppure a sviluppare schemi emotivi disadattivi, che contribuiscono allo sviluppo di problematiche sessuali.

Per esplorare l'associazione tra l'evento traumatico e la presenza di disfunzioni sessuali, in una meta-analisi di Pulverman, Kilimnik e Meston (2018) è stata svolta un'indagine includendo tre differenti campioni: clinico, universitario e appartenente alla popolazione generale. Dall'analisi è emerso che la prevalenza delle disfunzioni sessuali tra le vittime di abuso infantile si aggira tra il 26% e il 94%. In particolare, la probabilità raggiunge l'84-94% considerando campioni clinici. Emerge quindi che le donne con una storia di abuso sessuale infantile (CSA) alle spalle abbiano poi probabilità superiore del 50% di sviluppare una disfunzione sessuale in età adulta (Saunders et al., 1992).

Andando ad osservare quali tipologie di disfunzione sessuale sembrano essere più frequenti tra le donne vittime di abuso infantile, sembra che innanzitutto frequentemente le partecipanti riferissero la presenza di più di un disturbo. Infatti Becker e colleghi (1984) hanno rilevato come il 66% del campione di donne abusate durante l'infanzia, presentasse due o più disfunzioni sessuali in comorbilità. È risultato che le disfunzioni più frequentemente rilevate all'interno di questa popolazione coinvolgano l'arousal e il desiderio sessuale (Pulverman, Kilimnik & Meston, 2018). In particolare, considerando un campione di donne vittime di abuso, l'84% presentava un disturbo dell'arousal sessuale, mentre il 53% un disturbo del desiderio sessuale. A seguire, sembrano frequenti anche le difficoltà nel raggiungimento dell'orgasmo e la presenza di dolori durante il rapporto.

Nella comprensione di quali fattori possano contribuire allo sviluppo delle disfunzioni sessuali nelle vittime di abuso, Pulverman, Kilimnik e Meston (2018) hanno ipotizzato che questa popolazione possa seguire un *pathway* specifico, tale per cui lo sviluppo della condizione potrebbe originare dal contributo di cause e moderatori differenti rispetto al resto della popolazione. Tale ipotesi deriva dalle evidenze registrate sull'efficacia delle classiche terapie farmacologiche e psicologiche nel trattare le disfunzioni sessuali (Berman, et al., 2001; Hall, 2008). Sembra infatti che entrambi i trattamenti siano meno efficaci sulle pazienti vittime di abuso sessuale infantile. Queste osservazioni suggeriscono quindi che le pazienti che hanno subito l'abuso, possano aver sviluppato la disfunzione sessuale attraverso un processo specifico, differente rispetto alle altre pazienti con lo stesso disturbo, e per questo motivo su di loro i trattamenti classici siano meno efficaci.

Ipotizzando che le donne che hanno subito l'abuso possano seguire un *pathway* specifico nello sviluppo delle disfunzioni sessuali, Pulverman, Kilimnik e Meston (2018) evidenziano alcuni processi secondo loro implicati. In particolare, gli autori sottolineano il ruolo di alcuni costrutti, quali: le associazioni cognitive al sesso, gli schemi del sé sessuale e l'immagine corporea. Oltre a questi, ipotizzano che le vittime di abuso sessuale infantile presentino un'attività del sistema nervoso simpatico (SNS) maggiore rispetto alle altre donne e che questo possa interferire con l'arousal sessuale. Inoltre Pulverman, Kilimnik e Meston (2018) evidenziano i frequenti sentimenti di imbarazzo e colpevolezza che caratterizzano queste vittime e come questi possano influenzare negativamente il funzionamento sessuale.

Considerando il contributo delle associazioni cognitive al sesso come caratteristica specifica dello sviluppo di disfunzioni sessuali in vittime di abuso, è emerso come le donne con una storia di aggressioni sessuali tendano ad associare al sesso minori significati positivi, rispetto alle altre donne (Meston, Rellini & Heiman, 2006). In un altro studio di Rellini e Meston (2007), era emerso come coloro che hanno subito un abuso sessuale tendessero a descrivere un'immagine ambigua di una coppia a letto, utilizzando più termini riferiti all'affettività negativa. Questi risultati suggeriscono quindi che effettivamente le donne che hanno subito un abuso sessuale durante l'infanzia tendano a presentare delle differenti associazioni cognitive in

memoria, riflettendo una rappresentazione del rapporto sessuale più negativa, rispetto alle altre donne (Pulverman, Kilimnik & Meston, 2018).

Un altro costrutto che sembra coinvolto nel *pathway* di sviluppo delle disfunzioni sessuali nelle donne vittime di abuso sessuale infantile (CSA), sono gli schemi del sé sessuale. Gli schemi del sé sessuale possono essere descritti come degli atteggiamenti nei confronti di se stessi come soggetti sessuali, che influenzano l'elaborazione di segnali sessualmente connotati e il comportamento (Andersen & Cyranowski, 1994). In uno studio di Brotto, Basson e Luria (2008) è emerso come le donne vittime di abuso sessuale durante l'infanzia riportassero minori schemi del sé sessuale positivi. Tale evidenza, potrebbe essere in grado di spiegare in parte la presenza di disfunzioni sessuali nelle donne vittime di abuso durante l'infanzia. Infatti, tali schemi cognitivi, sono in grado di filtrare le informazioni sessualmente rilevanti provenienti dall'esterno, andando in questo caso ad influenzare negativamente l'esperienza della persona durante il rapporto (Pulverman, Kilimnik & Meston, 2018).

Indagando il ruolo dell'immagine corporea nel funzionamento sessuale, in uno studio di Woertman & van den Brink (2012) si suggerisce che coloro che presentano un atteggiamento verso il proprio corpo più positivo abbiano un miglior funzionamento sessuale. Sulla base di questa evidenza e di quella per cui le donne abusate sessualmente durante l'infanzia abbiano maggiori probabilità di sviluppare una disfunzione sessuale in età adulta, si potrebbe ipotizzare che queste donne presentino una maggiore insoddisfazione corporea. In una ricerca di Kilimnik e Meston (2011) viene supportata questa ipotesi, evidenziando come non solo le donne che hanno subito aggressioni sessuali durante l'infanzia abbiano un'immagine corporea più negativa, ma che queste siano insoddisfatte soprattutto della loro attrazione a livello sessuale.

In sintesi, emerge come uno degli effetti a lungo termine sulla salute delle vittime di abuso sessuale infantile riguardi il loro funzionamento sessuale. Frequentemente queste donne presentano una disfunzione dell'arousal e del desiderio sessuale, ma anche delle difficoltà legate all'orgasmo e al dolore durante i rapporti. Inoltre è risultato che le donne vittime di abuso sessuale infantile (CSA) possano sviluppare una disfunzione sessuale attraverso un *pathway* specifico, che le rende meno adatte alle classiche modalità di trattamento (Pulverman, Kilimnik e Meston,

2018). Si suggerisce quindi lo sviluppo di interventi specifici per il trattamento delle disfunzioni sessuali in questa categoria di pazienti.

Il benessere relazionale delle vittime di abuso sessuale

L'abuso sessuale, oltre ad avere delle severe implicazioni sul piano psicologico individuale, è un fattore di rischio che può interferire a lungo termine anche sulle relazioni interpersonali di tipo romantico instaurate dalla vittima. Infatti, nello studio dell'abuso come evento traumatico viene talvolta sottovalutato il fatto che si tratta di un trauma di natura interpersonale e quindi che le conseguenze a lungo termine necessitano di essere lette anche in una prospettiva di relazione (Finkelhor, 1990). Per esempio, in uno studio di Thelen, Sherman e Borst (1998) è emerso che adulti con una storia di abuso alle spalle abbiano la tendenza ad avere difficoltà a stare nell'intimità e maggior timore dell'abbandono. Altre evidenze suggeriscono che le vittime di abuso sessuale abbiano difficoltà a costruire relazioni intime e riferiscano maggiore instabilità relazionale (Whisman, 2006). Emerge quindi come anche la dimensione interpersonale della vittima di abuso sessuale sia una delle aree del benessere individuale su cui l'esperienza traumatica può avere influenza.

Integrando i diversi contributi utili alla comprensione dell'effetto a lungo termine dell'abuso sessuale subito da uno dei due partner sulla dinamica relazionale, è possibile individuare tre domini principali intorno ai quali sono ruotate le analisi: la comunicazione, la soddisfazione e l'intimità di coppia (Vitek & Yeater, 2021). Riguardo alla comunicazione, alcuni studi hanno evidenziato un'associazione tra l'abuso sessuale e una maggiore povertà comunicativa (DiLillo & Long, 1999) oltre che un incremento dei conflitti (Colman & Window, 2004). Emerge inoltre che le vittime tendano ad essere meno soddisfatte della propria relazione di coppia, in termini di intimità emotiva e sessuale (DiLillo & Long, 1999; Leonard & Follette, 2002). In particolare, in uno studio di Georgia, Roddy e Doss (2018) è stato ipotizzato che l'intimità sessuale ed emotiva potesse assumere un ruolo di mediatrice dell'effetto del trauma subito sulla soddisfazione di coppia.

La definizione di intimità di coppia è ancora incerta, tuttavia l'intimità emotiva può essere considerata come ciò che si sviluppa nel momento in cui all'interno della relazione avviene la rivelazione di informazioni personali o la condivisione di emozioni e sentimenti, che ricevono validazione e comprensione da parte del partner

(Reis & Shaver, 1998). Invece l'intimità sessuale può essere definita come qualcosa che va oltre il rapporto sessuale, caratterizzandolo di elementi di intimità relazionale, quali consenso, connessione e contatto visivo (Birnie-Porter & Lydon, 2013). Per indagare il ruolo dell'intimità come mediatore dell'effetto dell'abuso sessuale sulla soddisfazione di coppia dei due partner, Georgia, Roddy e Doss (2018) hanno coinvolto un campione di 701 coppie eterosessuali stabili, di cui il 72% sposate, alle quali è stato somministrato un questionario *self-report*.

I risultati hanno evidenziando la presenza di un effetto indiretto dell'esperienza di abuso sessuale sulla soddisfazione di coppia. È risultato che le coppie in cui un partner ha subito un trauma sessuale tendano da riferire una soddisfazione di coppia inferiore, ma solo quando l'evento è accaduto in età adulta. Pertanto si suggerisce che la relazione tra l'esperienza di abuso sessuale e la soddisfazione di coppia tenda ad essere più marcata quando l'aggressione è avvenuta in un momento prossimo alla relazione di coppia valutata (Georgia, Roddy & Doss, 2018).

Analizzando i livelli di intimità riportati dalle partecipanti, è emerso come sia soprattutto l'intimità emotiva ad essere limitata nelle vittime di abuso sessuale. Inoltre, è risultato che l'intimità emotiva assuma un ruolo di mediatore nella relazione tra l'abuso sessuale e la soddisfazione di coppia, soprattutto quando l'abuso è avvenuto durante l'infanzia. Per quanto riguarda invece l'intimità sessuale, non sono state riscontrate differenze significative tra i due gruppi di coppie, pertanto non sembra essere legata agli effetti dell'abuso sulla soddisfazione relazionale (Georgia, Roddy & Doss, 2018). Prendendo in considerazione anche il benessere psicologico delle vittime di abuso sessuale, è emerso come queste riportino sia maggiori sintomi d'ansia sia maggiori sintomi di depressione rispetto ai controlli. Tuttavia, il benessere psicologico delle vittime è risultato meno predittivo della soddisfazione di coppia rispetto all'intimità emotiva (Georgia, Roddy & Doss, 2018).

Questi risultati contribuiscono quindi ad evidenziare come l'abuso possa influenzare negativamente varie aree di vita della persona, non limitandosi unicamente a quelli che sono gli effetti psicologici visibili a breve termine. Emerge infatti come l'abuso sessuale, per la sua componente traumatica interpersonale, possa interferire a lungo termine anche sulla sfera relazionale della vittima, principalmente in termini di intimità, soddisfazione e comunicazione di coppia. Tuttavia l'elevata eterogeneità dei

risultati degli studi sull'argomento (Vitek & Yeater, 2021), suggerisce che l'esperienza traumatica sessuale non debba essere intesa necessariamente come una tara relazionale, ma che vi sia un'elevata variabilità nella risposta individuale al trauma. In conclusione si sottolinea la necessità, non solo di ricerca, ma anche clinica, di prestare attenzione all'influenza che l'esperienza di abuso sessuale può avere nel modo della persona di stare in relazione all'interno della coppia.

2.3.2. Salute fisica

In letteratura è stato indagato il ruolo dell'abuso sessuale infantile (CSA) soprattutto per le sue implicazioni sulla salute psicologica delle vittime. Alcuni studi si sono però interrogati anche a proposito delle sue possibili ripercussioni a lungo termine sulla salute fisica. Per esempio, dalla letteratura risulta che le donne vittime di abuso sessuale infantile (CSA) abbiano maggiori probabilità di sviluppare problematiche gastrointestinali, ginecologiche, obesità o altri sintomi somatici privi di spiegazione biologica (Drossman et al., 1990; Plichta & Carmella, 1996; Felitti, 1991). In particolare, in uno studio longitudinale di Sickel e colleghi (2002) è stata indagata la condizione di salute di un gruppo di donne che hanno subito episodi di abuso sessuale durante l'infanzia (n=64), ipotizzando che queste partecipanti potessero presentare non solo maggiori problematiche di salute, ma anche un utilizzo più frequente dei servizi sanitari di cura, rispetto al gruppo di controllo (n=84). Inoltre, Sickel e colleghi (2002) hanno valutato se la gravità dell'abuso sessuale subito correlasse con le condizioni di salute.

Dall'analisi dei dati, è emerso come le partecipanti vittime di abuso sessuale differissero dal gruppo di controllo in termini di utilizzo dei servizi di sanitari e di incidenza di problematiche gastrointestinali e ginecologiche. In particolare è risultato che le vittime di abuso avessero una probabilità superiore del 24% di lamentare disturbi gastrici o ginecologici e del 54.6% di usufruire dei servizi sanitari di cura. È inoltre stato evidenziato che le vittime di abuso soffrirono maggiormente di mal di testa. Non sono state invece registrate differenze significative tra i due gruppi per le altre sintomatologie analizzate (Sickel et al., 2002). Risulta quindi che l'esperienza di abuso sessuale infantile possa incrementare sia l'accesso ai servizi sanitari sia la probabilità di sviluppare un disturbo gastrointestinale o ginecologico.

Dunque, la ricerca di Sickel e colleghi (2002) evidenzia come coloro che hanno subito un abuso sessuale infantile possano presentare una salute fisica più vulnerabile, soprattutto in termini di problematiche gastrointestinali e ginecologiche. Questo risultato è stato interpretato dagli autori alla luce di altre evidenze che suggeriscono la presenza di un'alterazione nel sistema fisiologico di risposta allo stress nelle vittime di maltrattamento. Infatti, uno studio di Kaufman e colleghi (1997) suggerisce che i bambini con depressione vittime di abuso sessuale infantile (CSA), presentino dei livelli di corticotropina (ACTH) superiori rispetto a quelli di altri bambini con depressione che non hanno subito l'abuso. Questa alterazione potrebbe essere in grado di spiegare in parte la maggiore vulnerabilità fisica e psicologica delle vittime di abuso, registrata a lungo termine.

Salute ginecologica, mestruale e dolore pelvico cronico

A partire dall'evidenza per cui coloro che hanno subito abuso sessuale durante l'infanzia presenterebbero poi da adulte maggiori problematiche di tipo ginecologico, oltre che maggiori problematiche gastrointestinali e utilizzo dei servizi di cura (Sickel et al., 2002), risulta particolarmente interessante approfondire la relazione tra l'evento traumatico e la salute ginecologica delle vittime. È emerso infatti che il trauma sessuale possa influire su diversi aspetti del funzionamento genitale, sessuale e riproduttivo (Hilden et al., 2004; Jacobs, Boynton & Harville, 2015; Zabin et al., 2005). Quindi, considerando il disturbo disforico premestruale (PMDD) come una condizione a cavallo tra la salute psicologica e ginecologica, è rilevante considerare se l'abuso sessuale possa aumentare la vulnerabilità anche per altre problematiche affini. Tali osservazioni potrebbero infatti contribuire a riconoscere l'abuso sessuale come un comune fattore di rischio psicosociale per una specifica area della salute fisica della vittima.

Per comprendere la relazione tra il vissuto di abuso sessuale e il benessere ginecologico, in uno studio di Hilden e colleghi (2004) è stato indagato un campione di pazienti che si è rivolto al reparto ginecologico (n=3539), esplorando innanzitutto la diffusione del vissuto traumatico. Inoltre è stato ipotizzato che le partecipanti con una storia di abuso sessuale, durante l'infanzia o l'età adulta, avrebbero riferito una condizione di salute peggiore rispetto al gruppo di controllo. Dall'analisi è emerso che il 20.7% del campione di pazienti ginecologiche avesse subito un abuso sessuale nel

corso della sua vita. Confrontando le vittime di abuso al gruppo di controllo, è risultato come coloro che hanno subito il trauma sessuale presentassero delle condizioni di salute peggiori, coerentemente con quanto ipotizzato. In particolare, è emerso che le vittime lamentassero più frequentemente la presenza di dolore pelvico cronico e si sottoponevano a procedure di laparoscopia (Hilden et al., 2004). La laparoscopia è una tecnica chirurgica mini-invasiva che viene utilizzata per la diagnosi e l'accesso al trattamento del dolore pelvico (Porpora & Gomel, 1997). Infatti è stato stimato che i risultati sul dolore pelvico cronico siano in grado di spiegare in gran parte il frequente ricorso alla laparoscopia (Hilden et al., 2004).

Sulla base di evidenze per cui le caratteristiche dell'abuso sessuale e la sua severità fossero in grado di predirne gli effetti sulla salute psicologica (Saunders et al., 1992; Rodriguez et al., 1997), è stato indagato se la gravità dell'aggressione fosse in relazione anche alla salute ginecologica delle vittime. Da tali osservazioni è risultato che la presenza dell'atto penetrativo al momento dell'aggressione fosse predittivo della severità delle implicazioni sulla salute della vittima. In particolare, è emersa una relazione tra la presenza di dolore pelvico cronico e il fatto che sia avvenuta la penetrazione durante l'abuso (Hilden et al., 2004). Sembra quindi che, come emerso a proposito della vulnerabilità per lo sviluppo di PTSD (Saunders et al., 1992; Rodriguez et al., 1997), anche in questo caso il fatto che l'aggressione abbia previsto la penetrazione fosse associato a ripercussioni più severe sulla salute della vittima.

A partire dall'osservazione di una relazione tra il dolore pelvico cronico e l'esperienza di abuso sessuale, Hilden e colleghi (2004) hanno ipotizzato che il sintomo potesse essere letto alla luce del trauma subito, ossia potesse essere considerato una ripetizione del trauma, quindi come se il dolore pelvico richiamasse il dolore al momento dell'abuso (Lampe et al., 2000). Per quanto possa risultare affascinante come ipotesi, in realtà è probabile che non sia tanto il tipo di trauma ad essere legato al sintomo. È probabile che l'abuso sessuale, come le altre esperienze traumatiche, sia associato ad un'alterazione del sistema di risposta allo stress, che rende la salute individuale generale più vulnerabile (Heim, Ehler, Hanker & Hellhammer, 1998). Infatti è risultato come il trauma, soprattutto precoce, sia in grado di promuovere un'intensa risposta infiammatoria, all'origine di molte malattie croniche (Kendall-Tackett, 2009). Tuttavia si evidenzia come da alcuni studi sia

emerso che il vissuto di abuso sessuale sia risultato più frequente tra coloro che soffrono di dolore pelvico cronico, rispetto a chi soffre di altre forme di dolore. Diversamente l'abuso fisico, nonostante sia diffuso tra le donne che soffrono di una qualche forma di dolore cronico, non è risultato in relazione con il dolore pelvico cronico (Walling et al., 1994; Collett, Cordle, Stewart & Jagger, 1998).

Un'altra dimensione della salute ginecologica delle vittime di abuso sessuale, che risulta interessante approfondire, vista la relazione tra il trauma e la sindrome premestruale (PMS), riguarda la fertilità e il funzionamento mestruale. In particolare, alcune indagini hanno messo in luce come le esperienze stressanti precoci possano essere associate ad una riduzione della fertilità femminile (Hjollund et al., 1999), anche in termini di ridotta riserva ovarica (Allsworth, Zierler, Krieger & Harlow, 2001). In questo ambito, uno studio di Jacobs, Boynton e Harville (2015) è stato uno dei primi ad indagare l'influenza di eventi avversi vissuti durante l'infanzia sulla fertilità femminile, includendo tra le esperienze traumatiche anche l'abuso sessuale infantile (CSA). Difatti l'analisi ha incluso la valutazione degli effetti dell'esposizione a diverse condizioni stressanti, come la presenza di trascuratezza emotiva e fisica o di disfunzionalità dell'ambiente domestico (es. divorzi, separazioni, disturbi psicopatologici in ambiente domestico, abuso di sostanze da parte dei familiari, violenza domestica), ma i vissuti traumatici che sono risultati maggiormente associati alle problematiche di salute analizzate sono state l'abuso sessuale e quello fisico.

L'analisi dei dati sulla fertilità suggerisce l'esistenza di un legame tra una storia d'infanzia costellata di avversità e la ridotta fecondità. Infatti, escludendo la possibile influenza di eventi traumatici avvenuti in età adulta, è emerso che per ogni esperienza stressante avvenuta durante l'infanzia la probabilità di presentare delle difficoltà di concepimento o una fertilità ridotta aumentasse del 6%. Inoltre è risultato che le partecipanti con una storia d'infanzia altamente segnata da eventi avversi avessero un rischio quasi 3 volte superiore di presentare fecondità limitata rispetto a coloro che invece non hanno vissuto esperienze traumatiche infantili (Jacobs, Boynton & Harville, 2015).

I risultati sulla presenza di anomalie nel pattern mestruale supportano l'ipotesi che l'esperienza di eventi stressanti durante l'infanzia possa contribuire al rischio di sviluppare in età adulta alterazioni nel pattern mestruale. In particolare, è emerso che

l'unica irregolarità mestruale su cui è presente un effetto significativo sia l'amenorrea, intesa come assenza di mestruazioni per almeno 3 mesi. Infatti è risultato che le donne altamente esposte ad eventi stressanti durante l'infanzia abbiano un rischio 2.54 volte superiore di presentare l'assenza di mestruazioni e che la probabilità di lamentare problematiche di amenorrea aumenterebbe del 7% per ogni evento stressante esperito (Jacobs, Boynton & Harville, 2015). Si può quindi concludere che, almeno per il campione considerato, il principale effetto a lungo termine di *stressor* precoci sulla salute mestruale sia in termini di assenza o scomparsa della mestruazione. Nell'interpretazione di questo dato Jacobs, Boynton e Harville (2015) hanno ipotizzato che la relazione tra l'esperienza di eventi stressanti e l'amenorrea potesse essere in parte spiegata attraverso i processi di regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA).

Il funzionamento del ciclo mestruale e la risposta agli eventi stressanti sono accomunati da un unico comune denominatore, ovvero il coinvolgimento dell'asse HPA. Infatti, il ciclo mestruale e la sua regolarità sono determinati dall'oscillazione di gonadotropine, quali l'ormone follicolo stimolante (FSH) e l'ormone luteinizzante (LH), che possono essere inibite dagli ormoni dello stress rilasciati dall'attivazione dell'asse HPA (Chrousos, Torpy & Gold, 1998). È stato inoltre osservato che esperienze avverse precoci siano associate ad un'iperattivazione prolungata dell'asse HPA (Teicher et al., 2003). Pertanto è possibile che la presenza prolungata di livelli elevati degli ormoni dello stress possano impattare negativamente sull'equilibrio ormonale, che consente il corretto funzionamento mestruale (Jacobs, Boynton & Harville, 2015).

Un altro aspetto della salute mestruale, che è risultato associato all'abuso sessuale infantile (CSA) è l'età del menarca (Zabin et al., 2005). In particolare, la comparsa della prima mestruazione sembrerebbe essere in gran parte predisposta a livello biologico, sia da fattori genetici sia da altri fattori come la massa corporea e l'alimentazione (Kim & Smith, 1998; Kaplowitz et al., 2001). Tuttavia alcuni studi suggeriscono che lo sviluppo puberale possa essere influenzato anche da alcune variabili di tipo psicosociale. Infatti, uno studio di Rowland, Zabin e Emerson (2000) ha evidenziato una relazione tra l'abuso sessuale infantile (CSA) e l'età del menarca, suggerendo che le vittime tendano ad avere il primo flusso mestruale ad un'età più

precoce. Da questa evidenza emergerebbe quindi l'esistenza di un'ulteriore influenza dell'abuso sessuale sulla salute mestruale.

Per poter definire l'abuso sessuale infantile (CSA) un antecedente psicosociale del menarca precoce, è però necessario escludere la relazione causale inversa. Occorre quindi accertare che non sia il livello di maturazione fisica della vittima a rendere più probabile che questa sia oggetto di aggressioni, ma che sia proprio l'evento traumatico ad accelerare lo sviluppo puberale. Pertanto in uno studio di Zabin e colleghi (2005) è stata indagata la relazione tra l'abuso sessuale infantile e l'età del menarca, testando due ipotesi complementari, al fine di evidenziare la direzione di una possibile relazione causale. Con questo obiettivo è stata valutata la presenza di una relazione negativa tra i due costrutti, tale per cui ad un'età puberale più precoce sarebbe associato un maggiore rischio di incorrere nell'abuso. L'ipotesi si baserebbe sulla possibilità che un corpo femminile più maturo e fisiologicamente sviluppato nonostante la tenera età possa risultare più attraente per l'aggressore e allo stesso tempo più vulnerabile per le sue scarse capacità di auto-difesa. Disconfermando questa ipotesi sarebbe possibile invece sostenere il ruolo dell'abuso sessuale infantile (CSA) come fattore in grado di accelerare i tempi dello sviluppo puberale.

Se il vissuto di abuso, insieme ad altri fattori, fosse in grado di influenzare l'età del menarca anticipandola, allora ci si aspetterebbe di osservare che le vittime abbiano subito il trauma ben prima dell'inizio dello sviluppo puberale, dunque circa due anni prima dell'arrivo del flusso mestruale. In questo caso significherebbe che non è tanto la maturità del corpo della vittima a costituire un'attrattiva, quanto probabilmente la sua immaturità, ma soprattutto sarebbe possibile escludere che lo sviluppo puberale precoce possa aumentare il rischio di incorrere nell'abuso, suggerendo invece l'inverso. Dunque testando queste due ipotesi Zabin e colleghi (2005) hanno indagato se l'esperienza di abuso sessuale infantile (CSA) possa influenzare l'età del menarca, escludendo l'esistenza di un possibile effetto causale inverso.

Analizzando le caratteristiche dell'abuso subito dalle partecipanti, sembra che la maggior parte di queste abbia subito l'aggressione ben prima dell'arrivo del primo flusso mestruale (Zabin et al., 2005). Questa evidenza risulta in contrasto con l'ipotesi per cui sarebbe lo sviluppo puberale precoce ad aumentare il rischio di incorrere nell'abuso. Infatti, se tale ipotesi di Zabin e colleghi (2015) fosse stata confermata, la

maggior parte delle vittime avrebbe dovuto riferire un abuso avvenuto nei due anni antecedenti al menarca, in cui sono già evidenti i primi caratteri sessuali secondari. Diversamente invece è risultato che il 63% delle partecipanti ha vissuto l'abuso 3 o più anni prima dell'arrivo del flusso mestruale e il 18% ben 8 o più anni antecedentemente. Pertanto si può escludere che sia lo sviluppo precoce ad aumentare il rischio di subire un abuso (Zabin et al., 2015).

Le osservazioni di Zabin e colleghi (2005) suggeriscono invece che esista un'associazione tra l'esperienza di abuso sessuale infantile e l'anticipazione della prima mestruazione. Inoltre è stata evidenziata una relazione tra l'età in cui è avvenuta l'aggressione e l'età del primo flusso mestruale della vittima. I risultati non hanno evidenziato però differenze significative tra l'età media del menarca del gruppo vittima di abuso sessuale e il gruppo di controllo, infatti tale differenza emergeva solo considerando selettivamente i casi in cui l'aggressore conviveva con la vittima o era un suo familiare. In particolare, i casi in cui la relazione tra l'abuso sessuale e il menarca precoce risulta più evidente sono quelli in cui l'abuso è stato commesso dal padre.

Dunque, lo studio di Zabin e colleghi (2015) porta delle evidenze a supporto della relazione causale tra l'esperienza di abuso sessuale infantile e il menarca precoce, dalle quali è stato possibile escludere che sia uno sviluppo puberale anticipato ad aumentare il rischio di subire l'abuso sessuale durante l'infanzia. È possibile infatti che il trauma e lo stress che ne deriva possano indurre dei cambiamenti a livello biologico tali da anticipare l'età del menarca. In particolare, è plausibile che l'abuso sessuale, in quanto *stressor*, possa influenzare l'attività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e di conseguenza l'attività dell'ipotalamo-ipofisi-gonadi (Zabin et al., 2015).

In conclusione, gli studi condotti sugli effetti a lungo termine dell'abuso sessuale, soprattutto avvenuto durante l'infanzia, evidenziano una relazione tra il trauma e il funzionamento genitale e riproduttivo. In particolare, dalle osservazioni di Hilden e colleghi (2004) è emerso che circa 1/5 delle pazienti ginecologiche analizzate avesse vissuto una forma di abuso sessuale durante l'infanzia. Inoltre è risultato che questa porzione di pazienti presentava delle condizioni di salute peggiori rispetto ai controlli, con una prevalenza di dolore pelvico cronico, che correlava con la severità

dell'abuso subito (Hilden et al., 2004). Riguardo invece alla salute mestruale, è emerso che le vittime di abuso sessuale durante l'infanzia abbiano un rischio superiore di manifestare amenorrea e un menarca anticipato rispetto ai controlli (Jacobs, Boynton & Herville, 2015; Zabin, Emerson & Rowland, 2005). Pertanto risulta come il disturbo disforico premestruale (PMDD) non sia l'unica alterazione del funzionamento mestruale rilevata tra coloro che hanno subito abuso sessuale. Inoltre, tutte le osservazioni considerate sembrano sostenere coerentemente tra loro che l'asse HPA possa assumere un ruolo nel mediare l'effetto del trauma sulla salute mestruale e ginecologica. Infatti tali processi sarebbero in grado di spiegare sia un eventuale processo infiammatorio cronico sia l'influenza sull'attività gonadica e di conseguenza sull'equilibrio ormonale che regola il ciclo mestruale.

2.3.3. Modelli di risposta all'abuso sessuale: alcune proposte

Concludendo la presentazione di una selezione delle osservazioni sugli effetti dell'abuso sessuale sul benessere, si intende descrivere alcune proposte di modellizzazione, che tentano di spiegare la variabilità nella risposta al trauma. Infatti, è noto che subire un abuso sessuale non sia sufficiente per sviluppare il PTSD (Rowan, Foy, Rodriguez & Ryan, 1994) e che questo valga per qualunque possibile conseguenza al trauma. Pertanto in letteratura è stata indagata la risposta della vittima all'abuso, individuando quali caratteristiche associate all'evento possano assumere il ruolo di moderatori e mediatori, che risultano predittivi di esiti severi sulla salute nel lungo termine (Barker-Collo & Read, 2003). Tuttavia, anche in questo caso, si riscontra che le teorizzazioni abbiano privilegiato lo studio dei casi in cui l'abuso sessuale è occorso in epoca infantile.

Per descrivere l'effetto a lungo termine dell'esperienza di abuso sulla qualità di vita e per spiegare le differenze interindividuali nella risposta, sono stati selezionati tre diversi modelli (Wyatt, Newcomb & Notgrass, 1991; Draucker, 1995; Joseph, Williams & Yule, 1995). Ogni modello presenta delle specificità, tuttavia è possibile individuare alcuni elementi comuni e giungere ad una sintesi condivisa. Ciascun modello infatti prende in considerazione più fattori, che possono essere riassunti in tre categorie: caratteristiche dell'abuso sessuale, fattori relazionali e fattori individuali. In merito alle caratteristiche dell'abuso, vengono considerati aspetti come: la sua severità, l'età della vittima al momento dell'accaduto e l'associazione con altre forme

di abuso e trascuratezza. Inoltre è stata evidenziata la rilevanza della prossimità relazionale della vittima all'aggressore. Rispetto invece alle caratteristiche individuali della vittima, vengono citati: lo stile di attribuzione, le strategie di coping e le caratteristiche di personalità.

Uno dei primi modelli che si propone di spiegare le differenze interindividuali nella risposta all'abuso sessuale infantile (CSA) è stato quello di **Wyatt, Newcomb e Notgrass (1991)**, i quali individuano quattro moderatori e tre mediatori. I moderatori che influiscono sulla risposta all'abuso sessuale infantile (CSA) sono: l'età in cui è avvenuto l'ultimo abuso, la sua severità, la relazione dell'aggressore con la vittima e il numero di rapporti avvenuto durante un singolo episodio di abuso. Per quanto riguarda invece i mediatori dell'impatto dell'abuso sessuale infantile (CSA) sulla salute individuale, Wyatt, Newcomb e Notgrass (1991) hanno individuato: il coinvolgimento delle autorità, lo stile di attribuzione interno e la risposta degli altri al momento della comunicazione dell'abuso. Degna di nota è l'enfasi non solo sullo stile di attribuzione attraverso cui la vittima legge l'evento, ma anche sul ruolo delle figure esterne che intervengono. Risulta infatti che uno stile di attribuzione interno e il coinvolgimento delle autorità siano predittivi di esiti più negativi sulla salute individuale (Wyatt, Newcomb & Notgrass, 1991). Per quanto riguarda lo stile di attribuzione interno, si può ipotizzare che questa modalità possa essere collegata ad un'autocolpevolizzazione da parte della vittima per l'abuso subito e per questo motivo sia associato ad una maggiore affettività negativa. Inoltre, è possibile che il coinvolgimento delle autorità sia associato a maggiori esiti psicologici negativi, poiché la denuncia ed un eventuale processo, implicano che la vittima debba rivangare l'accaduto ripetutamente e rispondere a domande, spesso tendenziose, con una possibile conseguente riacutizzazione del trauma.

Successivamente, per comprendere i fattori in grado di mediare l'impatto dell'abuso sessuale infantile (CSA) sulla salute psicologica, **Draucker (1995)** ha sviluppato un nuovo modello di risposta. In questo caso l'effetto sulla salute è stato definito in termini di: vittimizzazione interpersonale, senso di colpa e introversione sociale. Risulta in particolar modo rilevante il riferimento di Draucker (1995) alle strategie di coping adottate dalla vittima, ossia l'attribuzione di significato e lo sviluppo del senso di padronanza (Taylor, 1983). Dalle analisi condotte, risulta che

l'utilizzo di queste strategie si sia rivelato funzionale a lungo termine, limitando l'introversione sociale, il senso di colpa e la vittimizzazione interpersonale. Pertanto, il contributo di Draucker (1995) è stato quello di evidenziare l'importanza delle strategie di coping e il loro potenziale protettivo nella risposta all'abuso sessuale infantile (CSA).

Al fine di comprendere il processo di adattamento al trauma e i fattori implicati nello sviluppo del PTSD, **Joseph, Williams e Yule (1995)** hanno sviluppato un modello di matrice cognitivo-comportamentale, applicabile all'abuso sessuale infantile (CSA). Il modello di Joseph, Williams e Yule (1995) definisce la risposta in termini di cognizioni sull'accaduto, che possono prendere forma di pensieri intrusivi o *flashback*, di valutazione dell'evento e affettività associata. La proposta evidenzia inoltre l'effetto paradossale del supporto sociale ricevuto dalla vittima dopo l'abuso. Infatti, diversamente da quanto si può ipotizzare, risulta che un elevato supporto sociale influenzi negativamente la valutazione dell'evento, incrementando la stigmatizzazione e la colpevolizzazione (Joseph, Williams & Yule, 1995). Inoltre, emerge come alcune caratteristiche di personalità della vittima siano in grado di moderare gli effetti del trauma. In particolare gli autori suggeriscono che il nevroticismo sia una caratteristica di personalità che incide negativamente sull'adattamento al trauma.

In conclusione, la risposta individuale all'abuso sessuale infantile (CSA) è senza dubbio un fenomeno complesso, che difficilmente può essere riassunto in un modello. Difatti, nessuna delle concettualizzazioni sopracitate è esaustiva e ognuna riesce a spiegare soltanto in parte gli effetti che il trauma avrà sul singolo. Inoltre, per quanto siano tutti modelli multifattoriali, hanno il limite di trascurare gli aspetti biologici di risposta allo stress. Per avere una comprensione più completa, sarebbe necessario, oltre che di un'integrazione tra le diverse prospettive, anche l'inclusione di uno sguardo biologico sulla risposta allo stress. Inoltre, alla luce dei risultati che evidenziano effetti a lungo termine del trauma anche sulla salute fisica e sul funzionamento sessuale della vittima (Sickel et al., 2002; Pulverman, Kilimnik & Meston, 2018), si suggerisce di includere nei futuri modelli una più ampia osservazione degli *outcome* dell'abuso.

Conclusioni

Il capitolo ha esplorato il tema dell'abuso sessuale, presentando una selezione di ricerche sui suoi effetti a lungo termine sulla salute. Numerosi studi hanno documentato un aumento nel rischio di psicopatologie, uso di sostanze e tendenze suicidarie tra chi ha subito abusi (Mullen et al., 1993; Rodriguez et al., 1997; Wittchen et al., 2003). Altri studi si sono invece concentrati sulla salute fisica delle vittime, rivelando un impatto del trauma su diversi aspetti del funzionamento genitale, sessuale e riproduttivo. Ad esempio, la meta-analisi di Pulverman, Kilimnik e Meston (2018) evidenzia come frequentemente le vittime manifestino disfunzioni legate all'arousal e al desiderio sessuale. Un altro studio condotto su un gruppo di pazienti ginecologiche indica che il trauma sessuale aumenta il rischio di dolore pelvico cronico e che alcune caratteristiche dell'abuso fossero predittive della sua severità (Hilden et al., 2004). Riguardo invece alla salute mestruale e riproduttiva, è risultato che eventi stressanti avvenuti durante l'infanzia, come l'abuso sessuale, siano associati ad un rischio maggiore di amenorrea, ridotta fertilità e menarca precoce (Zabin et al., 2015; Jacobs, Boynton & Harville, 2015).

In particolare, vengono presentate evidenze a supporto dell'ipotesi centrale di questa ricerca, che mira ad esaminare il ruolo dell'abuso sessuale come fattore di rischio per lo sviluppo della Sindrome Premestruale (PMS). Infatti diversi studi hanno documentato come le donne con una storia di abuso sessuale infantile abbiano una probabilità maggiore di soffrire di sintomi premenstruali intensi (Kulkarni et al., 2022; Islas-Preciado et al., 2021). Tuttavia, si evidenzia come gran parte della letteratura si sia focalizzata prevalentemente sugli effetti del trauma sessuale avvenuto durante l'infanzia, trascurando invece l'analisi di episodi traumatici avvenuti in età successive. Viene pertanto messa in luce la necessità di approfondire lo studio del trauma sessuale, indagando se tale ruolo come fattore di rischio per la Sindrome Premestruale (PMS) possa essere ampliato anche ad episodi risalenti ad altre fasi di vita.

2.4. Ipotesi e obiettivi di ricerca

Alla luce delle evidenze esposte nel capitolo 2, emerge come il trauma sessuale possa rappresentare un fattore di rischio per svariate complicazioni sulla salute (Pulverman, Kimnik & Meston, 2018; Mullen et al., 1993; Sarkar, 2010; Hilden et al., 2004; Jacobs, Boynton & Harville, 2015). In particolare, approfondendo il centro della trattazione, diversi studi hanno documentato l'esistenza di un'associazione tra esperienze di trauma precoce, come l'abuso sessuale, e la severità dei sintomi premestruali. Per esempio, uno studio di Kulkarni e colleghi (2022) ha rilevato una prevalenza di traumi infantili tra le donne con disturbo disforico premestruale (PMDD) superiore rispetto a coloro che non presentano la condizione. Anche la meta-analisi di Islas-Preciado (2021) conferma che l'abuso sessuale e fisico aumentano il rischio di sviluppare la sintomatologia premestruale. Altri studi, come quello di Gumussoy, Donmez e Keskin (2021) collegano l'abuso sessuale infantile (CSA) non solo alla sindrome premestruale (PMS), ma anche ad altre irregolarità mestruali. Tali risultati suggeriscono quindi che l'eziologia del disturbo disforico premestruale (PMDD), tradizionalmente basata su fattori fisiologici, potrebbe in realtà includere anche una componente psicosociale, legata all'esperienza di abuso sessuale. Tuttavia le evidenze a supporto risultano ancora limitate e gli studi fino al momento svolti presentano alcune criticità.

2.4.1. La sindrome premestruale (PMS): l'esplorazione dell'eterogeneità clinica

Considerando il metodo generalmente adottato per studiare il ruolo del trauma sessuale nella sindrome premestruale (PMS), emerge come questa venga indagata senza considerare l'eterogeneità della sua manifestazione. Pertanto vengono frequentemente presentati risultati che evidenziano l'esistenza di una relazione tra l'abuso sessuale e una generica condizione premestruale, che viene documentata riassumendo i diversi sintomi che la compongono in un unico valore (es. Azoulay et al., 2008; Kulkarni et al., 2022; Romito et al., 2017). È noto però che la sindrome tenda a manifestarsi con elevata variabilità, sia nella tipologia di sintomi esperiti sia nel loro andamento. Per esempio, da una ricerca di Kiesner e Pastore (2010), che indaga la relazione tra i sintomi fisici e psicologici della sindrome, emerge come non solo ci sia

un'elevata eterogeneità nella tipologia di sintomi riportati da ogni partecipante, ma che l'associazione tra gli stessi possa variare da una persona all'altra. A supporto della variabilità nella manifestazione della sindrome premestruale, in una ricerca di Eisenlohr-Moul e colleghi (2019) è risultato che volendo sintetizzare l'andamento dei sintomi in una traiettoria comune, le differenze interindividuali sono tali da richiedere almeno tre modelli, che differiscono nella tipologia di sintomi lamentati, nella loro entità e nel loro andamento. Un'altra ricerca evidenzia come i diversi caratteri che costituiscono la sindrome abbiano traiettorie differenti, tali per cui i sintomi fisici ed emotivi risultano correlati, ma solo moderatamente. Per questo motivo alcuni autori si sono interrogati sull'utilità di considerare le due categorie di sintomi parte della stessa patologia (Kiesner, Mendle, Eisenlohr-Moul & Pastore, 2016). Di conseguenza, trattare la sindrome premestruale (PMS) come un'unica condizione generica oltre che essere impreciso, si ritiene possa limitare nella possibilità di comprensione degli effetti che l'abuso ha sulla salute, appiattendolo la possibile varietà nella risposta al trauma ad un unico indice.

Si potrebbe infatti ipotizzare che l'esperienza traumatica possa rappresentare un fattore di rischio per alcuni specifici sintomi oppure per una loro categoria. Ad esempio, considerando l'abuso un evento emotivamente traumatico, è possibile che il suo impatto possa emergere soprattutto in termini di sintomi dell'umore. Infatti, da una ricerca di Azoulay e colleghi (2020) è emerso come le capacità di regolazione emotiva delle donne che hanno subito abuso sessuale infantile (CSA) mediassero l'effetto del trauma sui sintomi premestruali. Pertanto viene suggerito che le vittime siano soggetti ad un rischio maggiore di sviluppare la sindrome, avendo minori capacità di adattamento emotivo di fronte ai cambiamenti psicologici e fisici che avvengono durante il ciclo mestruale (Azoulay et al., 2020).

In alternativa, si potrebbe ipotizzare che l'eterogeneità nella manifestazione della condizione premestruale sia tale da non poter definire un modello sintomatologico prevalente tra le vittime di abuso sessuale, esattamente come esiste un'elevata variabilità anche nella popolazione generale (Eisenlohr-Moul & Pastore, 2016). Un'altra spiegazione di un eventuale risultato di variabilità, potrebbe essere legata all'esistenza di una correlazione, per quanto limitata, tra la sintomatologia emotiva e quella fisica della sindrome (Kiesner, Mendle, Eisenlohr-Moul & Pastore, 2016).

Pertanto, essendoci un'associazione tra le due categorie sintomatologiche, è possibile che non si registri alcuna prevalenza di una sull'altra. Infine, un'ulteriore ipotesi è che si registri un'associazione tra il trauma sessuale e la prevalenza di sintomi fisici, a lungo sottovalutati dalla letteratura, che aprirebbe ulteriori vie di approfondimento.

Un altro limite metodologico nell'esplorazione del ruolo del trauma sessuale come fattore di rischio per la sindrome premestruale (PMS), riguarda il fatto che frequentemente gli studi nell'ambito abbiano indagato la presenza dei sintomi mediante questionari retrospettivi (es. Romito et al., 2017; Azoulay et al., 2020, AbdelQadir et al., 2022). Infatti, uno degli strumenti più diffusi per la rilevazione del disturbo disforico premestruale (PMDD) è il *Premenstrual Symptoms Screening Tool* (PSST), il quale presenta un elenco di sintomi comuni, soprattutto dell'umore e comportamentali, chiedendo di indicare quali siano presenti nei giorni precedenti e immediatamente successivi alle mestruazioni. Al di là dell'evidente sforzo di auto-monitoraggio che la compilazione di un simile questionario richiederebbe, dal confronto tra la misura retrospettiva e quella prospettica è emerso come le due non siano equivalenti. Infatti è risultato che nella compilazione del questionario retrospettivo le partecipanti tendano a riportare una valutazione aggravata dei sintomi premestruali (Rapkin, Chang & Reading, 1998). Per questo motivo risulta preferibile adottare diari di monitoraggio dei sintomi, raccomandati anche in ambito clinico per la diagnosi di disturbo disforico premestruale (PMDD; Johnson, 2004).

Dunque, il presente studio si pone l'obiettivo di indagare il ruolo delle esperienze sessuali negative come fattore di rischio per lo sviluppo della sindrome premestruale (PMS), rilevata attraverso l'utilizzo di un questionario giornaliero. Infatti, per quanto l'utilizzo del metodo prospettico sia in gran parte sdoganato per l'indagine isolata della sindrome, quando si tratta di esplorarla in relazione all'abuso, il suo uso è più limitato. Inoltre, alla luce della variabilità nella manifestazione della sindrome premestruale (PMS), si intende osservare la presenza e l'andamento dei singoli sintomi premestruali all'interno del campione, considerandoli singolarmente, oltre che facente parti di un'unica sindrome. In questo modo, la ricerca si propone di esplorare in modo dettagliato i sintomi premestruali lamentati dalle vittime di abuso, valutando se sia possibile individuarne un pattern o una loro categoria prevalente.

2.4.2. Esperienze sessuali negative e coercizione sessuale: andando oltre l'abuso sessuale infantile

Riguardo invece all'abuso sessuale, si evidenzia come gran parte della trattazione in letteratura si sia concentrata sugli effetti a lungo termine del trauma occorso in età precoce, trascurando l'osservazione di casi in cui l'evento sia avvenuto in altre epoche di vita. Tale carenza di indagine si registra non solo riguardo alle implicazioni sul benessere generale della persona, ma soprattutto nell'ambito della salute mestruale. Infatti non sono molti gli studi che indagano l'eziologia della sindrome premestruale (PMS) considerando anche episodi avvenuti dopo l'infanzia.

In questa direzione, un tentativo è stato quello di Romito e colleghi (2017), i quali hanno indagato la diffusione di molestie sessuali e della sindrome premestruale (PMS) in un gruppo di 349 studentesse universitarie. Sono state prese in considerazione tre diverse tipologie di molestie: la coercizione sessuale (es. persistenti richieste sessuali, contatti fisici indesiderati), la molestia di genere (es. commenti sull'aspetto fisico inappropriati, esposizione a commenti inappropriati sulle donne) e la *cyber*-molestia (es. insulti online, condivisione di foto sessuali senza il consenso). Dai risultati è emerso che nell'ultimo anno il 41.8% delle studentesse universitarie che hanno preso parte allo studio è stato vittima di molestie sessuali e di queste il 15.7% ha subito più forme di abuso. Inoltre è risultato che la probabilità di manifestare sintomi di sindrome premestruale (PMS) fosse 2 volte superiore tra coloro che hanno subito una tipologia di molestia nell'ultimo anno e 4 volte superiore tra chi ha subito la combinazione di più episodi. Pertanto le osservazioni di Romito e colleghi (2017) sembrano suggerire che non sia soltanto l'abuso sessuale infantile (CSA) ad essere coinvolto nell'origine della sindrome premestruale (PMS), ma che possa ricondursi anche ad episodi avvenuti in età adulta. Su questi presupposti e sulla base delle lacune riscontrate in letteratura, il presente studio intende indagare il ruolo eziologico del trauma sessuale, prendendo in considerazione episodi avvenuti durante l'intera vita.

Un altro aspetto che si intende approfondire è l'effetto del diverso grado di esposizione all'abuso sulla vulnerabilità per la sindrome premestruale (PMS). Infatti la presenza di traumatizzazioni multiple, anche in questo caso, è stata esaminata prevalentemente in relazione all'infanzia. Ad esempio, alcuni studi hanno indagato se la combinazione del trauma sessuale con differenti forme di abuso infantile, come

quello fisico, emotivo o forme di trascuratezza, aumentasse la probabilità di presentare in età adulta la sindrome premestruale (PMS; es. Gumussoy, Donmez & Keskin, 2021; Bertone-Johnson et al., 2014). Tuttavia, le implicazioni dei diversi livelli di esposizione a esperienze sessuali negative sull'intensità e sulla vulnerabilità per la sintomatologia premestruale sono state meno approfondite.

A sostegno di questa ipotesi è emerso che la ripetizione dell'abuso sessuale possa incidere anche su una varietà di categorie sintomatiche. Per esempio, in letteratura è stato ampiamente indagato l'effetto di ripetute esperienze sessuali negative in termini di sintomi ansiosi e depressivi, documentando come donne esposte a multiple aggressioni siano soggette a sviluppare sintomi più intensi rispetto a coloro che sono state vittime di un singolo episodio (Messman-Moore et al., 2000; Najdowski & Ullman, 2011). Un'evidenza a supporto del fatto che il fenomeno possa riguardare anche coloro che presentano la sindrome premestruale (PMS) deriva da uno studio di AbdelQadir e colleghi (2022), che ha esplorato la diffusione della condizione e delle molestie in un campione di oltre 22 000 partecipanti appartenenti a tre diversi Paesi del Medio Oriente: Egitto, Siria e Giordania. Dall'analisi è emerso che il 26% del campione è stato vittima di molestie sessuali, di cui il 78.9% e il 44.3% ha riferito sintomi di sindrome premestruale (PMS) e di disturbo disforico premestruale (PMDD).

Ciò che rende ulteriormente allarmanti questi risultati è la frequenza con cui le vittime abbiano subito abusi. Sono stati infatti individuati tre sottogruppi: un gruppo che ha subito molestie con cadenza quotidiana, un gruppo con cadenza settimanale o mensile e infine un gruppo che è stato vittima di molestie in modo occasionale. Il primo gruppo, che ha vissuto le molestie con frequenza superiore, ha mostrato la maggiore prevalenza di sindrome premestruale (PMS; 87.6%) e disturbo disforico premestruale (PMDD; 66.4%), rispetto invece agli altri due gruppi (AbdelQadir et al., 2022). Non si può però escludere che l'ambiente di vita che circonda una donna esposta a molestie quotidiane sia caratterizzato da altri fattori stressanti che intervengono aumentando la vulnerabilità individuale. Tuttavia, per quanto si tratti di dati demografici che descrivono una condizione estrema di particolare gravità, emerge come l'esperienza multipla di traumi sessuali sia un fattore che potrebbe moderare il rischio delle vittime per la sindrome. Pertanto un ulteriore obiettivo della trattazione è

quello indagare se il diverso grado di esposizione al trauma sessuale possa influenzare l'intensità media e la ciclicità dei sintomi mestruali, come osservato in merito ai sintomi ansiosi e depressivi.

2.4.3. Esperienze sessuali negative e avversione sessuale

Un ulteriore aspetto su cui si intende portare l'attenzione, riguarda l'impatto delle esperienze sessuali negative sul funzionamento sessuale. Anche in questo caso, la ricerca si è finora concentrata soprattutto sulle vittime di abuso sessuale infantile, trascurando l'influenza di forme di coercizione più sottili e di violenza sessuale avvenute in età adulta. Ad esempio, Leonard & Follette (2002) hanno evidenziato che l'abuso sessuale infantile (CSA) possa rappresentare uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di disfunzioni sessuali. Un ulteriore studio ha rilevato che il 66% del campione di donne abusate durante l'infanzia, presentava due o più disfunzioni sessuali in comorbilità (Becker et al., 1984). In questa popolazione le problematiche più frequentemente rilevate coinvolgono l'arousal e il desiderio sessuale (Pulverman, Kilimnik & Meston, 2018).

Tuttavia, al di là dei casi in cui è possibile diagnosticare una disfunzione sessuale conclamata, è stato poco approfondito come le esperienze sessuali negative possano influenzare il benessere sessuale, senza necessariamente sfociare nel disturbo. È plausibile infatti che le esperienze di coercizione sessuale inducano ad evitare i rapporti sessuali e a sviluppare sentimenti di avversione. Si intende quindi esplorare se esperienze di violenza sessuale o altre esperienze negative, legate alla coercizione e alla perdita di controllo, possano essere associate allo sviluppo di sentimenti di ansia e disgusto all'idea di avere un rapporto sessuale.

Ulteriore aspetto di interesse nell'esplorazione dell'avversione sessuale, riguarda l'ipotesi che questa possa essere influenzata non solo dall'esperienza di abuso, ma anche dalla sindrome premestruale (PMS). Infatti, uno studio di Ilhan e Atmaca (2017) ha rilevato che tale sindrome è associata a maggiori disfunzioni sessuali e ad una diminuzione del funzionamento sessuale, inclusa una riduzione del desiderio. Risulta quindi che il funzionamento sessuale possa risentire non solo delle passate esperienze di abuso, ma anche della sindrome premestruale (PMS).

Il contributo innovativo di questa ricerca riguarda la possibilità di monitorare quotidianamente sia la sintomatologia premestruale sia l'avversione sessuale durante

l'intero ciclo mestruale. L'analisi combinata dei sintomi psicofisici legati al ciclo mestruale e dell'avversione sessuale, potrebbe offrire nuove prospettive di studio sulla sindrome premestruale (PMS), evidenziando il legame tra alcuni suoi sintomi specifici e il funzionamento sessuale. L'obiettivo pertanto è non solo esaminare l'avversione sessuale in chi ha vissuto esperienze sessuali negative, ma anche investigare se sentimenti di ansia e disgusto associati ai rapporti sessuali siano correlati all'andamento di sintomi fisici e affettivi.

Conclusioni

In sintesi, alla luce di quanto emerso dalla letteratura, il presente studio si propone di indagare il ruolo delle esperienze sessuali negative come fattore di rischio per la sindrome premestruale (PMS), alla luce dell'eterogeneità nella manifestazione della sintomatologia mestruale. Nello specifico si definiscono i seguenti obiettivi:

- 1) L'obiettivo primario dello studio è testare l'ipotesi che le esperienze sessuali negative e di coercizione incidano sulla sintomatologia psicofisica riferita dalle partecipanti durante il ciclo mestruale. La sintomatologia premestruale verrà rilevata tramite un metodo prospettico, permettendo di ridurre i bias associati alle misurazioni retrospettive utilizzate in ricerche precedenti;
- 2) Indagare se il grado di esposizione alle esperienze sessuali negative influisce sulla gravità dei sintomi mestruali, esplorando se le vittime di violenze sessuali presentino una sintomatologia più intensa e ciclica;
- 3) Esplorare i sentimenti di ansia e disgusto all'idea di avere rapporti sessuali in coloro che hanno vissuto esperienze sessuali negative, indagando se le esperienze di coercizione influenzino il benessere sessuale. Inoltre, si intende valutare se l'avversione sessuale possa essere modulata dal ciclo mestruale, con un peggioramento nelle fasi in cui si registra un incremento dei sintomi affettivi e fisici.

Capitolo 3: Metodo

3.1. Partecipanti

Lo studio è stato condotto presso l'Università degli Studi di Padova, nel Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione (DPSS). Il campione è stato reclutato presso la Facoltà di Psicologia, al termine di alcune lezioni accademiche dei corsi di laurea triennali e magistrali. Nelle aule didattiche, è stato illustrata brevemente la ricerca, gli obiettivi e le modalità di partecipazione. È stata descritta la finalità generale dello studio, cioè quella di esplorare le diverse aree del funzionamento sessuale e mestruale, di cui le esperienze sessuali negative e la sintomatologia premestruale sono solo alcuni degli aspetti indagati all'interno di un progetto di ricerca più ampio. Per una partecipazione consapevole, è stato evidenziato il carattere personale ed intimo delle domande che sarebbero state poste ed è stato garantito che la ricerca si sarebbe svolta nella tutela della *privacy* e dell'anonimato. Data l'eterogeneità del fenomeno, è stato ritenuto importante l'apporto di un'ampia varietà di esperienze riguardanti il ciclo mestruale, l'affettività e la sessualità. L'unica effettiva condizione necessaria per la partecipazione prevedeva che la persona avesse le mestruazioni, escludendo i casi di amenorrea. La partecipazione è stata in seguito consentita anche alle interessate provenienti da altre Facoltà o al di fuori del contesto universitario.

Lo studio ha coinvolto un campione iniziale di 368 partecipanti con età media di 22.3 anni ($ds=2.21$), composto principalmente da studentesse universitarie di psicologia. La maggior parte delle partecipanti si è identificata nel genere femminile (362 partecipanti), mentre 6 si sono definite non binarie. Per quanto riguarda l'orientamento sessuale: 233 si sono definite eterosessuali, 8 omosessuali, 4 asessuali, 61 bisessuali, 37 bicuriose, 5 fluide, 14 pansessuali e 6 hanno scelto l'opzione "altro". Per indagare la relazione tra le molestie sessuali e la salute mestruale, sono state prese in considerazione solo le partecipanti con un ciclo mestruale naturale e sono state escluse coloro che hanno interrotto la partecipazione prima del termine. Il campione analizzato era pertanto composto da 151 partecipanti.

La partecipazione era anonima e volontaria. Non è stato previsto alcun compenso per il contributo alla ricerca ad eccezione della consegna di uno *sticker* con il logo del PadovaSexLab, un campioncino di lubrificante in laboratorio e di una borsa in tela al termine della partecipazione. Il Comitato Etico ha approvato la ricerca e tutte le partecipanti hanno acconsentito alla partecipazione, firmando il modulo del consenso informato durante l'incontro in laboratorio.

3.2. Procedura

Terminata la presentazione dello studio in aula, alle presenti è stato consegnato un *QR code* da scansionare per fornire i propri recapiti (nome, cognome, numero di telefono, e-mail) così da poter ricevere ulteriori informazioni ed eventualmente prendere accordi per la partecipazione. Una volta raccolte le adesioni, le partecipanti sono state ricontattate dalle assistenti di ricerca con un messaggio *whatsapp*, attraverso il quale è stato chiesto loro se fossero ancora interessate a partecipare ed è stato fissato un appuntamento telefonico. Durante la telefonata è stato illustrato nuovamente lo studio, tenendo conto che qualcuna poteva non essere presente al reclutamento in aula. La telefonata è risultata inoltre utile per rispondere ad eventuali dubbi riguardo la ricerca o l'idoneità alla partecipazione. Una volta acconsentito a prendere parte allo studio, è stato fissato l'appuntamento in laboratorio, il quale è avvenuto dai 3 ai 10 giorni prima dell'arrivo delle mestruazioni.

La partecipazione è consistita in due parti: (1) la prima è consistita in un incontro in laboratorio, di circa 30-40 minuti, con una delle assistenti di ricerca, durante il quale è avvenuta la firma del consenso informato e la compilazione del questionario generale riguardante la sfera sessuale, relazionale e del ciclo mestruale. (2) La seconda ha previsto la compilazione di un breve questionario giornaliero, di 3 minuti circa, per un arco di due cicli mestruali.

Nel dettaglio, l'incontro in laboratorio prevedeva l'accoglienza della partecipante, seguita dalla lettura guidata del consenso informato. Una volta firmato il modulo, la partecipante veniva lasciata sola nella stanza per la compilazione del questionario generale. Durante la somministrazione, l'assistente di ricerca attendeva fuori dalla porta, rimanendo disponibile a rispondere ad eventuali dubbi e in modo da essere avvisata al termine della compilazione. Il questionario, somministrato online

tramite la piattaforma *Qualtrics*, era composto da misure *self-report* che indagano il funzionamento mestruale, sessuale e relazione delle partecipanti.

Terminata la compilazione, l'operatrice rientrava nella stanza e si dedicava alla spiegazione della procedura di compilazione del questionario giornaliero, consegnando il *QR code* e la password personale. È stato quindi spiegato che la compilazione sarebbe dovuta iniziare entro il terzo giorno dall'inizio della mestruazione successiva e che avrebbe dovuto protrarsi per due cicli mestruali. L'ultima compilazione sarebbe dovuta avvenire il primo giorno del terzo ciclo mestruale. Il sistema consentiva di compilare non solo per il giorno corrente, ma anche per il giorno precedente. In questo caso ad inizio compilazione veniva indicato che le risposte erano riferite a "ieri". È stato inoltre comunicato che nel corso della compilazione le assistenti avrebbero controllato l'arrivo dei dati, ribadendo che tutto sarebbe avvenuto nel rispetto della *privacy*, e che in caso di mancata compilazione da almeno tre giorni sarebbe state ricontattate via e-mail. Per sostenere la motivazione sono state inviate cinque mail di ringraziamento nel corso della partecipazione: al primo giorno di compilazione, dopo 10 giorni dall'inizio del questionario, dopo 1 mese, dopo 1 mese e mezzo ed infine a conclusione della partecipazione.

3.3. Misure

Il presente elaborato si inserisce all'interno di un progetto di ricerca più ampio, che intende esplorare il funzionamento mestruale e sessuale, con particolare attenzione a temi come la contraccezione, la salute genitale (es. dolore vulvo-vaginale, infezioni genitali o del tratto urinario), l'immagine corporea e la sfera relazionale. Tuttavia, ai fini di questa analisi, verranno descritte unicamente le misure per essa rilevanti. Le domande selezionate per rispondere al quesito di ricerca sono presenti sia nel questionario generale, somministrato in laboratorio, sia nel questionario quotidiano compilato a casa nell'arco dei due cicli mestruali. In particolare, le domande sull'esperienza di abuso sessuale sono contenute nel questionario generale, mentre la presenza di sintomi premestruali è stata monitorata attraverso i report giornalieri.

3.3.1. Questionario generale

Esperienze sessuali negative e traumatiche

Per indagare la presenza di esperienze sessuali negative, è stata utilizzata un'unica scala composta da tre item. Gli item scelti sono stati formulati per esplorare la tematica, ma limitando il disagio che poteva scaturire nel rispondere a domande su esperienze dolorose. Gli item erano: (1) "Sei mai stata coinvolta in una situazione sessuale in cui ti sei sentita di non avere il pieno controllo?", (2) "Ti sei mai trovata in una situazione non voluta o di disagio in cui ti sei sentita in dovere di avere rapporti sessuali?", (3) "In tutta la tua vita, sei mai stata vittima di molestie fisiche sessuali o violenza sessuale?". Le domande avevano cinque opzioni di risposta, con cui la partecipante poteva anzitutto indicare se l'evento si fosse verificato e, in caso affermativo, se fosse stato ripetuto. Era prevista anche un'opzione per i casi in cui la partecipante non fosse sicura della risposta. In particolare le opzioni di risposta erano: "Sì, più volte", "Sì, qualche volta", "Sì, una volta", "No", "Può darsi".

La variabile relativa alle molestie sessuali è stata misurata sommando le risposte agli item. Le esperienze sessuali negative quindi sono state misurate sia come variabile continua, in una scala da 0 a 12, sia come variabile categoriale a tre livelli: (1) assente, per punteggi uguali a 0; (2) moderato, per punteggi compresi tra 1 e 6; (3) severo, per punteggi uguali o superiori a 7. I limiti per i livelli estremi superiore ed inferiore sono stati stabiliti in modo tale che risultassero tra loro simmetrici. Il 31,21%

delle partecipanti (n=31) ha dichiarato di non aver sperimentato alcuna delle esperienze sessuali negative, mentre un ulteriore 31.21% (n=31) è stato classificato nel livello alto. Invece l'89,59% (n=89) delle partecipanti si è collocato nel livello moderato. Complessivamente, il punteggio medio registrato per la scala delle molestie sessuali è stato di 3,78 (ds=3.1).

3.3.2. Questionario quotidiano

Sintomi affettivi

Per indagare la relazione tra il trauma sessuale e i sintomi affettivi manifestati durante il ciclo mestruale, sono state definite tre scale corrispondenti ai costrutti di: depressione, ansia, sbalzi d'umore e rabbia. Le variabili sono state misurate tramite sei item, che chiedevano alla persona di indicare come si fosse sentita nelle ultime 24 ore. Le risposte sono state fornite su una scala Likert a 5 punti, che andava da "Per niente" a "Moltissimo". La depressione è stata valutata attraverso due item, che indagavano se la persona si fosse sentita (1) "depressø" e (2) "triste". Per la misura dell'ansia sono stati utilizzati due item che esploravano quanto la partecipante si fosse (3) "tesø, stressatø" e (4) "nervosø". Infine, la presenza di sbalzi d'umore e rabbia è stata rilevata chiedendo alla persona di indicare se si fosse sentita (5) "arrabbiatø, irritabile" e se avesse sperimentato (6) "sbalzi dell'umore improvvisi". Ognuna delle tre scale è stata ricavata a partire dalla media degli item, che la compongono. In una scala da 1 a 5, i valori medi risultati sono stati i seguenti: depressione $M=0.9$ (ds=0.9), ansia $M=1.34$ (ds=0.99), sbalzi d'umore e rabbia $M=0.95$ (ds=0.89).

Sintomi fisici

Per esplorare la relazione tra le esperienze sessuali negative e i sintomi fisici lamentati nel corso del ciclo mestruale, è stata utilizzata un'unica scala composta da cinque item. Gli item utilizzati erano: "Nelle ultime 24 ore hai avuto/notato... (1) mal di testa o emicrania, (2) dolori alle articolazioni, (3) dolori alla schiena, (4) gonfiore o dolori al seno, (5) crampi al basso ventre". Le risposte sono state fornite su una scala Likert a 5 punti che andava da "Per niente" a "Moltissimo". La variabile relativa ai sintomi fisici è stata misurata calcolando la media degli item. In una scala da 1 a 5, l'intensità media dei sintomi fisici è risultata pari a 0.52 (ds=0.58).

Avversione sessuale

Per indagare la presenza di avversione sessuale nel corso del ciclo mestruale, è stato chiesto alle partecipanti quali fossero i loro sentimenti riguardo alla prospettiva di avere un rapporto. La scala era composta da due item, ovvero: “Nelle ultime 24 ore... (1) Hai provato ansia all’idea di avere un rapporto sessuale, (2) Hai provato repulsione o disgusto all’idea di avere un rapporto sessuale”. Le risposte sono state fornite su una scala Likert a 5 punti che andava da “Per niente” a “Moltissimo”. La misura di avversione sessuale è stata ricavata dalla media dei due item. In una scala da 1 a 5, è stata registrata un’avversione sessuale media di 0.22 ($ds=0.51$).

Capitolo 4: Risultati

4.1. Analisi dei dati

Indagare la relazione tra le esperienze sessuali negative e la sindrome premestruale (PMS), richiede innanzitutto di monitorare l'andamento dei sintomi psicofisici nel corso del ciclo mestruale. Per stimare l'ampiezza e il pattern di cambiamenti ciclici, è stata calcolata la funzione coseno di ciascuna variabile. Inizialmente è stata condotta un'analisi separata per ogni partecipante, dalla quale è risultata un'onda cosinusoidale per ciascuna variabile, che rappresenta l'oscillazione del sintomo nel corso dei due cicli mestruali esaminati. La funzione coseno è stata calcolata attraverso un'analisi di regressione tra l'intensità del sintomo (variabile dipendente) e la funzione coseno del tempo (variabile indipendente).

La regressione coseno fornisce due indici: l'intercetta e il coefficiente di regressione coseno. In particolare, l'intercetta, ossia il punto in cui la funzione incontra l'asse delle ordinate, rappresenta il livello medio del sintomo, calcolato in base ai dati raccolti durante i due cicli mestruali di osservazione. Il coefficiente invece esprime la direzione e la forza del cambiamento ed è determinato dalla differenza tra il livello medio del sintomo e l'intensità raggiunta al primo picco registrato. Un coefficiente positivo è indice di una traiettoria dei sintomi con incremento in fase premestruale (\cup), mentre un coefficiente negativo suggerisce un aumento dell'intensità a metà del ciclo mestruale, ovvero in peri-ovulazione (\cap). Dunque, la traiettoria dei sintomi nei due cicli mestruali esaminati assume la forma di una "W" con un coefficiente positivo e di una "M" con un coefficiente negativo.

Per esaminare la relazione tra la sintomatologia premestruale e l'esperienza di molestie sessuali, sono stati salvati i coefficienti e le intercette di ogni partecipante per ciascun sintomo. Ogni valore è stato poi utilizzato come variabile singola per stimare il coefficiente e l'intercetta dell'intero campione. I dati raccolti sono stati utilizzati per analizzare la correlazione sia tra i diversi sintomi, sia tra la sintomatologia premestruale e le esperienze sessuali negative.

All'interno del campione sono stati poi definiti tre sottogruppi, in base ai punteggi ottenuti alla scala di misurazione delle molestie sessuali. Il primo gruppo,

definito “assente”, includeva le partecipanti che hanno dichiarato di non aver vissuto nessuna delle situazioni indagate, con punteggio uguale a 0. Il secondo gruppo, denominato “moderato”, comprendeva le partecipanti che hanno ottenuto dei punteggi intermedi nella scala di misurazione delle molestie sessuali, compresi tra 1 e 6. Infine, il terzo gruppo, chiamato “severo”, era costituito da donne altamente esposte ad esperienze di coercizione sessuale, con punteggi uguali o superiori a 7.

Per approfondire l’effetto delle esperienze sessuali negative sulla salute mestruale sono stati selezionati e confrontati i due gruppi estremi per esposizione alle molestie. Coloro che erano state moderatamente vittime di esperienze sessuali negative sono state escluse dalle analisi. Per confrontare la sintomatologia premestruale tra i due gruppi è stato utilizzato il *t* test. L’analisi ha esaminato se il livello medio e l’andamento dei sintomi differisse tra i gruppi con diversa esposizione alle molestie, prendendo come riferimento i valori sia del coefficiente sia dell’intercetta.

4.2. Distribuzione dei coefficienti coseno dei sintomi

In **Figura 4.1** è rappresentata la distribuzione del campione rispetto ai coefficienti coseno dei sintomi affettivi (ansia, depressione, sbalzi d’umore-rabbia), fisici e dell’avversione sessuale, osservati nei due cicli mestruali. Per leggere il grafico, si prenda come riferimento la linea centrale, corrispondente allo 0, ossia nessun cambiamento ciclico. Valori positivi, suggeriscono un trend di cambiamento con incremento dell’intensità dei sintomi in fase premestruale (traiettoria a “W” nei due cicli mestruali). Viceversa, valori negativi indicano un andamento con incremento in fase peri-ovulatoria (traiettoria ad “M” nei due cicli mestruali).

Esaminando la distribuzione del campione riguardo alla traiettoria di variazione dei sintomi (Figura 4.1), si osserva che i sintomi fisici hanno avuto il maggior cambiamento nel corso del ciclo, con un aumento in fase premestruale. Riguardo ai sintomi affettivi, gli sbalzi d’umore-rabbia hanno avuto la variazione maggiore, seguiti da sintomi d’ansia e di depressione. Anche l’avversione sessuale sembra subire un lieve incremento in concomitanza della fase premestruale, sebbene in misura minore rispetto agli altri sintomi. Per l’avversione sessuale, si rileva inoltre

una minore variabilità interindividuale rispetto alle altre categorie di sintomi, suggerendo la presenza di un fenomeno più uniforme. Va infine notato che, pur essendoci una predominanza del pattern classico di presentazione dei sintomi, con un loro incremento al termine della fase luteale (traiettoria a “W” nei due cicli mestruali), alcune partecipanti hanno mostrato un aumento dei sintomi a metà del ciclo mestruale, in fase peri-ovulatoria (traiettoria ad “M” nei due cicli mestruali).

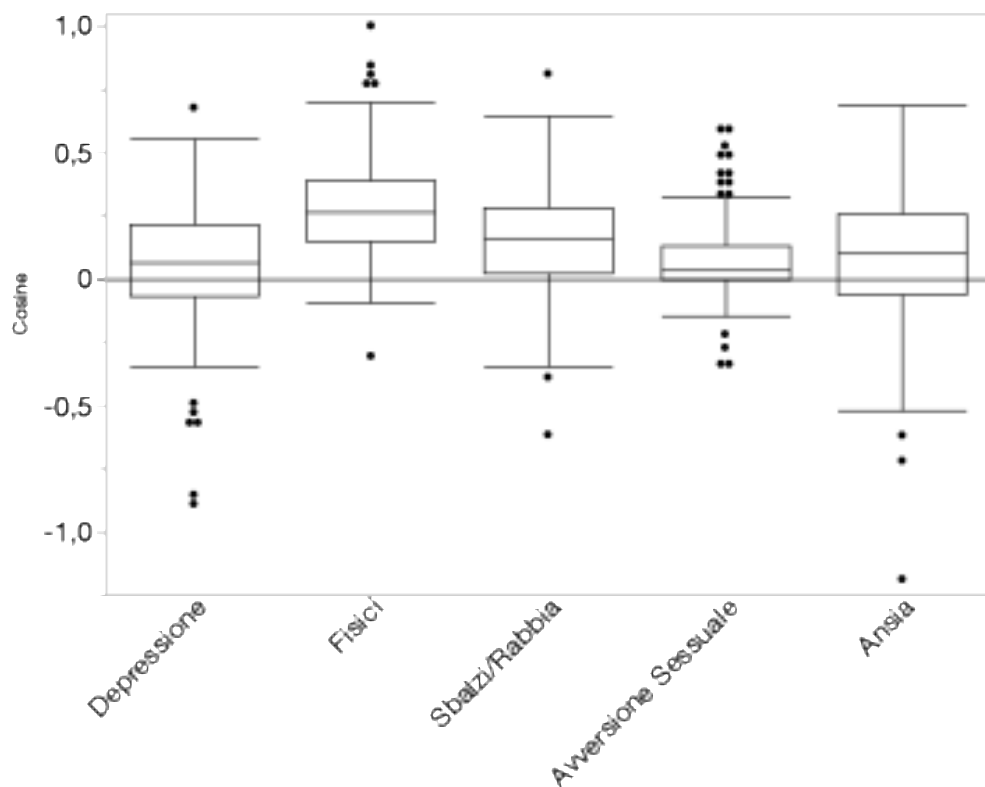


Figura 4.1: Box Plot rappresentativo della distribuzione del campione rispetto al coefficiente coseno dei sintomi di: depressione, ansia, sbalzi d’umore-rabbia, sintomi fisici, avversione sessuale.

4.3. Correlazione tra i coefficienti di regressione coseno dei sintomi

La **Tabella 4.2** mostra le correlazioni tra i coefficienti delle variabili depressione, ansia, sbalzi d'umore-rabbia, sintomi fisici e avversione sessuale. Si evidenzia che, trattandosi di un'analisi condotta sui coefficienti coseno, non viene esaminata l'associazione tra l'intensità media dei sintomi, ma piuttosto la relazione tra le loro traiettorie nel corso del ciclo mestruale. Pertanto, i valori di correlazione esprimono quanto l'ampiezza e la direzione del cambiamento di un sintomo siano correlate alla traiettoria di un altro sintomo. In altre parole, misurano la coerenza con cui le variazioni di uno specifico sintomo seguono un pattern simile a quello di un altro nel corso del ciclo mestruale.

I risultati hanno evidenziato una marcata associazione tra le traiettorie dei sintomi affettivi. In particolare, è emersa una forte correlazione positiva tra i sintomi d'ansia e gli sbalzi d'umore-rabbia ($r=.73$, $p<0,001$), oltre che con i sintomi depressivi ($r=.67$, $p<0,001$). Anche i sintomi depressivi sono risultati fortemente correlati alla presenza di rabbia e sbalzi d'umore ($r=.66$, $p<0,001$).

Riguardo invece all'avversione sessuale, si registra una correlazione positiva moderata con: sintomi depressivi ($r=.38$, $p<0,001$), sbalzi d'umore-rabbia ($r=.33$, $p<0,001$) e sintomi d'ansia ($r=.24$, $p<0,005$). Inoltre, si registra una correlazione positiva moderata tra l'avversione sessuale e i sintomi fisici ($r=.24$, $p<0,005$), sebbene meno marcata rispetto alla relazione con i sintomi affettivi.

	Depressione	Sintomi Fisici	Sbalzi d'umore e Rabbia	Avversione sessuale	Ansia
Depressione					
Sintomi Fisici	0,15				
Sbalzi d'umore e Rabbia	0,66**	0,13			
Avversione sessuale	0,38**	0,24*	0,33**		
Ansia	0,67**	0,09	0,73**	0,24*	

Tabella 4.2 Analisi correlazionale tra i coefficienti coseno dell'avversione sessuale e dei sintomi di: depressione, ansia, sbalzi d'umore-rabbia e fisici. P-value: * < 0,005, ** <0,001.

4.4. Correlazione tra le diverse esperienze sessuali negative

Prendendo in esame le risposte fornite agli item della scala di valutazione delle molestie sessuali, è emerso che le tre esperienze indagate correlano tutte tra loro. Significa quindi che frequentemente le partecipanti hanno riferito di aver vissuto più di una forma di violenza o coercizione sessuale.

Dall'analisi degli indici di correlazione (**Tabella 4.3**), è emerso che gli item maggiormente associati riguardano l'esperienza di una "situazione non-voluta o di disagio" in cui la persona si è "sentita in dovere di avere rapporti sessuali" e di una "situazione sessuale" in cui la partecipante ha sentito di "non avere il pieno controllo". Questi due vissuti sessuali negativi sono risultati fortemente correlati positivamente ($r=.69, p<0,001$). Per quanto riguarda la violenza sessuale, si registra una correlazione positiva moderata sia con il vissuto di perdita di controllo durante il rapporto ($r=.35, p<0,001$) sia con la coercizione sessuale ($r=.22, p<0,01$).

	Non avere controllo	Coercizione sessuale	Violenza sessuale
Non avere controllo			
Coercizione sessuale	0,69**		
Violenza sessuale	0,35**	0,22*	

Tabella 4.3: Analisi correlazionale tra le diverse forme di esperienze sessuali negative.

P-value: * < 0,01, ** <0,001.

4.5. Correlazione tra i coefficienti dei sintomi e le esperienze sessuali negative

La **Tabella 4.4** mostra l'analisi correlazione tra le esperienze sessuali negative e i coefficienti di regressione coseno dei sintomi. I risultati indicano che la traiettoria dei sintomi fisici fosse l'unica associata in modo significativo con il vissuto di molestie sessuali. In particolare, è stata riscontrata una correlazione positiva moderata con l'esperienza di violenza sessuale ($r = 0,24$; $p < 0,005$). Al contrario, i sintomi depressivi, di sbalzi d'umore e rabbia, di ansia e l'avversione sessuale non sono risultati associati a nessuna delle esperienze sessuali negative indagate.

	Depressione	Sintomi Fisici	Sbalzi d'umore e Rabbia	Avversione sessuale	Ansia
Non avere controllo	0,05	0,15	0,01	0,02	0,07
Coercizione sessuale	-0,03	0,08	-0,04	0,00	0,03
Violenza sessuale	0,11	0,24*	0	0,13	0,04

Tabella 4.4: Analisi correlazionale tra le esperienze sessuali negative e i coefficienti dei sintomi di: depressione, ansia, sbalzi d'umore-rabbia, fisici e avversione sessuale. P-value: * $<0,005$.

4.6. Correlazione tra le intercette dei sintomi e le esperienze sessuali negative

La **Tabella 4.5** illustra l'analisi correlazionale tra le esperienze sessuali negative e il livello medio dei sintomi registrato durante il ciclo mestruale. In particolare, vengono analizzate le variabili di depressione, ansia, sbalzi d'umore-rabbia, sintomi fisici e di avversione sessuale. Dall'analisi è emerso che i sintomi di depressione risultano correlati alle esperienze sessuali negative, in linea alla gravità stimata di ogni vissuto. I sintomi sembrano infatti associati alle diverse esperienze con un'intensità commisurata alla traumaticità teorica dell'evento. In particolare, i sintomi depressivi correlano: $.30$ ($p < 0,001$) con la violenza sessuale, $.22$ ($p < 0,01$) con la perdita di controllo durante il rapporto e in modo non significativo con il vissuto di sentirsi in dovere ad avere rapporti. Similmente, i sintomi fisici correlano: $.24$ ($p < 0,005$) con la violenza sessuale e con la perdita di controllo, mentre non si registra una correlazione significativa con il vissuto di coercizione sessuale.

Dunque, l'esperienza di una "situazione non-voluta o di disagio" in cui la persona si è "sentita in dovere di avere rapporti sessuali" non è risultata associata in modo significativo a nessun sintomo. Inoltre, le esperienze sessuali negative non hanno mostrato alcuna correlazione con i sintomi affettivi di sbalzi d'umore-rabbia e di ansia. Particolarmente degno di nota è il fatto che il livello medio di avversione sessuale non fosse associato a nessuna delle esperienze sessuali negative.

	Depressione	Sintomi Fisici	Sbalzi d'umore e Rabbia	Avversione sessuale	Ansia
Non avere controllo	0,22*	0,24**	0,11	-0,06	0,07
Coercizione sessuale	0,11	0,14	0,06	-0,02	0,00
Violenza sessuale	0,30***	0,24**	0,10	0,07	0,10

Tabella 4.5: Analisi correlazionale tra le esperienze sessuali negative e l'intercetta dei sintomi di: depressione, ansia, sbalzi d'umore-rabbia, fisici e avversione sessuale. P-value: * < 0,01, ** < 0,005, *** < 0,001.

4.7. Confronto tra i sintomi di gruppi con livelli estremi di esposizione alle molestie sessuali

Un altro approccio usato per analizzare la relazione tra le esperienze sessuali negative e la sintomatologia premestruale, ha previsto la creazione di due gruppi estremi per i livelli di esposizione alle molestie sessuali, escludendo il gruppo intermedio. Il gruppo con punteggio elevato (≥ 7) sulla scala delle molestie sessuali è stato comparato al gruppo che ha dichiarato di non aver vissuto nessuna delle situazioni indagate (= 0), utilizzando l'analisi *t* di Student. La sintomatologia è stata esaminata prendendo in considerazione sia i valori delle intercette sia dei coefficienti di regressione coseno.

Comparando l'intercetta e il coefficiente della sintomatologia fisica riportata dai due gruppi durante il ciclo mestruale, è emersa una differenza significativa sia nei coefficienti di regressione coseno, con $t = 2.14$ ($p < 0.05$) sia nelle intercette, con $t = 3.16$ ($p < 0.005$) (**Tabella 4.6**). Questi risultati suggeriscono che i sintomi fisici varino nella traiettoria e nel livello medio durante il ciclo mestruale in funzione delle esperienze di molestia sessuale subita. Rispetto al gruppo di controllo, le partecipanti più frequentemente esposte ad esperienze sessuali negative hanno riportato una

maggior gravità dei sintomi fisici, oltre ad un loro cambiamento più pronunciato durante il ciclo mestruale.

	Molestie assente (=0)	Molestie severe (≥7)	t	df	p-value
Sintomi fisici - Coefficiente	0,24 (ds=0,14)	0,34 (ds=0,20)	2,14	54,78	< 0,05
Sintomi fisici - Intercetta	0,42 (ds=0,21)	0,64 (ds=0,33)	3,16	50,10	< 0,005

Tabella 4.6: Analisi *t* di Student condotta tra il gruppo con esposizione assente e severa alle molestie sessuali, in funzione della sintomatologia fisica lamentata durante il ciclo mestruale. L'analisi è stata ripetuta sia per i coefficienti coseno sia per l'intercetta.

Oltre ai sintomi fisici, è stata riscontrata una differenza significativa nei sintomi depressivi tra il gruppo non esposto ad esperienze sessuali negative e il gruppo severamente esposto. In particolare, i due gruppi differiscono nel livello medio dei sintomi depressivi riferiti durante il ciclo mestruale ($t = 2.33, p < 0.05$), mentre non sono state rilevate differenze significative per quanto riguarda la loro traiettoria (**Tabella 4.7**). Le analisi suggeriscono quindi che coloro che hanno vissuto maggiormente esperienze sessuali negative abbiano riferito di essersi sentite mediamente più tristi o depresse rispetto al gruppo di controllo.

	Molestie assente (=0)	Molestie severe (≥7)	t	df	p-value
Depressione - Coefficiente	0,07 (ds=0,25)	0,06 (ds=0,34)	-0,11	55,46	0,05
Depressione - Intercetta	0,82 (ds=0,46)	1,11 (ds=0,52)	2,33	58,97	< 0,05

Tabella 4.7: Analisi *t* di Student condotta tra il gruppo con esposizione assente e severa alle molestie sessuali, in funzione della sintomatologia depressiva lamentata durante il ciclo mestruale.

L'analisi è stata ripetuta sia per i coefficienti coseno sia per l'intercetta.

Analizzando i risultati relativi ai sintomi di ansia (**Tabella 4.8**), sbalzi d'umore-rabbia (**Tabella 4.9**) e avversione sessuale (**Tabella 4.10**), non emergono differenze significative tra i due gruppi con diversa esposizione alle molestie. Dunque, il gruppo che ha subito severe esperienze sessuali negative non ha riportato livelli medi di ansia, sbalzi d'umore-rabbia o di avversione sessuale superiori rispetto al controllo.

Inoltre i dati indicano che non vi sono differenze significative neanche in termini di incremento dei sintomi in fase premenstruale.

	Molestie assente (=0)	Molestie severe (≥7)	t	df	p-value
Ansia - Coefficiente	0,10 (ds=0,25)	0,09 (ds=0,31)	-0,12	56,98	0,55
Ansia - Intercetta	1,36 (ds=0,55)	1,43 (ds=0,51)	0,53	59,72	0,30

Tabelle 4.8: Analisi *t* di Student condotta tra il gruppo con esposizione assente e severa alle molestie sessuali, in funzione della sintomatologia ansiosa riferiti durante il ciclo mestruale. L'analisi è stata ripetuta sia per i coefficienti coseno sia per l'intercetta.

	Molestie assente (=0)	Molestie severe (≥7)	t	df	p-value
Sbalzi e Rabbia - Coefficiente	0,18 (ds=0,18)	0,11 (ds=0,28)	-1,23	51,44	0,89
Sbalzi e Rabbia - Intercetta	0,99 (ds=0,42)	1,04 (ds=0,42)	0,47	60,00	0,32

Tabelle 4.9: Analisi *t* di Student condotta tra il gruppo con esposizione assente e severa alle molestie sessuali, in funzione dei sintomi di Sbalzi d'umore-Rabbia riferiti durante il ciclo mestruale. L'analisi è stata ripetuta sia per i coefficienti coseno sia per l'intercetta.

	Molestie assente (=0)	Molestie severe (≥7)	t	df	p-value
Avversione sessuale - Coefficiente	0,08 (ds=0,15)	0,08 (ds=0,18)	0,01	58,76	0,5
Avversione sessuale - Intercetta	0,28 (ds=0,38)	0,23 (ds=0,27)	-0,5598	53,43	0,71

Tabelle 4.10: Analisi *t* di Student condotta tra il gruppo con esposizione assente e severa alle molestie sessuali, in funzione dell'avversione sessuale riferita durante il ciclo mestruale. L'analisi è stata ripetuta sia per i coefficienti coseno sia per l'intercetta.

Capitolo 5: Discussione

L'obiettivo primario di questo studio è indagare l'impatto delle esperienze sessuali negative sulla salute mestruale, considerando la sintomatologia sia fisica che psicologia manifestata durante il ciclo. A differenza di precedenti ricerche, l'analisi si estende oltre l'abuso sessuale infantile (CSA), includendo altre forme di esperienze sessuali negative ed esplorando la sintomatologia premestruale alla luce della sua eterogeneità e variabilità. L'analisi dei dati prospettici ha evidenziato un legame tra le esperienze di violenza sessuale e la sintomatologia riferita nel corso del ciclo mestruale. Il risultato principale di questa analisi mette in luce che le donne maggiormente esposte a episodi di molestia o coercizione sessuale riportano un incremento premestruale ciclico più marcato dei sintomi fisici, rispetto alle loro coetanee. Inoltre, alti livelli di esposizione alle molestie sono associati ad una sintomatologia depressiva mediamente più intensa, senza però riscontrare differenze significative in termini di ciclicità.

5.1. La sintomatologia premestruale

Analizzando la manifestazione dei sintomi premestruali nel campione generale, si evidenziano tre aspetti principali. Il primo riguarda il fatto che, in tutte le categorie sintomatologiche esaminate, il pattern prevalente fosse quello classico, con incremento in fase premestruale (traiettoria a "W" nei due cicli mestruali). Tuttavia, si registra anche una minoranza di casi in cui l'incremento si presentava in fase peri-ovulatoria (traiettoria ad "M" nei due cicli mestruali). Questi risultati supportano l'ipotesi che esistano altri pattern di manifestazione dei sintomi premestruali, oltre al modello classico. Infatti, uno studio di Kiesner (2011) ha rilevato nel 13% del campione un picco della sintomatologia ansiosa e depressiva a metà del ciclo mestruale, anziché in fase premestruale, definendolo "Mid-Cycle pattern". In linea con questo risultato, il presente studio documenta come alcune partecipanti abbiano presentato un incremento dei sintomi di ansia e depressione in fase peri-ovulatoria. Al contrario, i sintomi fisici tendono a intensificarsi quasi esclusivamente nella fase luteale. In sintesi, lo studio conferma che, sebbene meno frequente, alcuni sintomi

possano seguire il "Mid-Cycle pattern" e che tale andamento riguarda principalmente i sintomi affettivi, mentre i sintomi fisici seguono prevalentemente il pattern classico.

Il secondo aspetto che si intende evidenziare riguarda l'elevata eterogeneità nella manifestazione dei sintomi. Nonostante sia stato possibile individuare un trend generale, la tipologia, l'intensità e la traiettoria dei sintomi mostrano un'elevata variabilità interindividuale. Invece, per quanto riguarda l'avversione sessuale si osserva un fenomeno più omogeneo. Studi precedenti (Kiesner & Pastore, 2010; Kiesner et al., 2016) hanno documentato come durante il ciclo mestruale la sintomatologia vari notevolmente da persona a persona, sia nella tipologia di sintomi sia nel loro andamento, richiedendo l'utilizzo di modelli differenziati per descriverne le traiettorie.

Oltre alle differenze interindividuali, lo studio ha rilevato una variabilità anche tra i diversi sintomi monitorati nel corso del ciclo mestruale. Sebbene le cinque variabili correlassero tra loro, le loro traiettorie differivano nel corso del ciclo mestruale. Per esempio, si noti che, nonostante la forte associazione tra i sintomi affettivi e un loro generale aumento in fase premenstruale, non si possa parlare in ogni caso di traiettorie coincidenti (Tabella 4.2). Per questo motivo, in linea con quanto già sostenuto nello studio di Kiesner e colleghi (2016), si ribadisce l'importanza di considerare i sintomi della sindrome premenstruale (PMS) come elementi distinti, ma correlati.

In sintesi, dallo studio sono emersi risultati in linea con le precedenti ricerche sulla sindrome premenstruale (PMS). A fronte di una marcata variabilità individuale, è stato individuato un pattern prevalente di incremento dei sintomi affettivi e fisici in fase premenstruale. Allo stesso tempo, è stata supportata l'ipotesi di "Mid-Cycle pattern", con aumento dei sintomi a metà del ciclo mestruale. Infine, lo studio ribadisce l'importanza di considerare i diversi sintomi separatamente, oltre che parte della stessa sindrome.

5.2. L'indagine sulle esperienze sessuali negative

Per analizzare l'effetto delle molestie sessuali sui sintomi mestruali, è stata condotta un'analisi correlazionale tra le esperienze sessuali traumatiche e la sintomatologia, tenendo conto della loro ciclicità e della loro intensità media. È emerso che la ciclicità dei sintomi non sia associata al vissuto di molestie e coercizione, ad eccezione dei sintomi fisici, che correlavano all'esperienza di violenza sessuale. Considerando invece il livello medio dei sintomi registrati, sono emersi alcuni risultati interessanti: i sintomi fisici e depressivi, più severi tra le vittime di molestie, risultano correlati con le tre diverse situazioni sessuali, in modo coerente alla gravità teorica delle diverse esperienze.

È emersa una somiglianza nel modo in cui le diverse tipologie di esperienze sessuali negative si associano ai sintomi fisici e depressivi. Gli item utilizzati si riferiscono a tre situazioni: 1) l'esperienza di "molestie fisiche sessuali o violenza sessuale"; 2) situazioni in cui la persona è stata "coinvolta in una situazione sessuale" in cui si è "sentita di non avere il pieno controllo" e 3) esperienze "non-volute o di disagio" che l'hanno portata a sentirsi "in dovere ad avere rapporti sessuali". In particolare dalle analisi è emerso che, i sintomi depressivi mostrano una correlazione più forte con le esperienze di violenza sessuale ($r=.30, p<0,001$), seguita dalle situazioni di perdita di controllo durante il rapporto ($r=.22, p<0,01$). Il livello medio dei sintomi fisici correlava con eguale intensità alla violenza sessuale e all'esperienza di perdita di controllo ($r=.24, p<0,005$), mentre la sua ciclicità è risultata associata solo al vissuto di violenza sessuale ($r = 0,24; p < 0,005$). Entrambi i domini sintomatologici non correlavano significativamente con situazioni di coercizione sessuale.

Dai risultati sulla correlazione tra le esperienze sessuali negative e la sintomatologia mestruale, emerge quindi che la violenza sessuale sia il vissuto che più incide sui sintomi. Allo stesso tempo però, anche esperienze di perdita di controllo hanno manifestato un'associazione paragonabile, suggerendo che possano avere un impatto simile alla violenza sessuale. Al contrario, era possibile ipotizzare che esperienze di perdita di controllo, per quanto possano essere anch'esse traumatiche,

includendo una gamma più ampia di situazioni di diversa gravità, potessero risultare associate con minore intensità ai sintomi. Per quanto riguarda i sintomi fisici, si osserva una differenziazione nel legame con le due esperienze: la violenza sessuale presenta non solo una correlazione con l'intercetta più forte rispetto alle altre esperienze, ma è anche l'unico vissuto a correlare con il coefficiente dei sintomi fisici. Anche l'esperienza di perdita di controllo correla con i sintomi fisici, ma con intensità minore e soltanto con la sua intercetta. I sintomi depressivi, invece, mostrano una correlazione identica con i vissuti di violenza sessuale e perdita di controllo.

L'esplorazione di esperienze in cui la persona ha avvertito di non avere il pieno controllo sulla situazione sessuale, consente di indagare diverse forme di abuso, valorizzando il vissuto soggettivo. Ad esempio, questo item può indagare sia casi in cui la persona avrebbe voluto ritirare l'iniziale consenso, che altre situazioni in cui il rapporto ha preso una piega indesiderata o ancora casi di marcata coercizione. Situazioni che possono riguardare anche la stessa relazione di coppia o in cui la persona stenterebbe a definirsi una "vittima di abuso", ma che comunque sono accomunate dalla sensazione di non avere il controllo su ciò che sta accadendo. Sono casi in cui la persona potrebbe non essere legalmente considerata abusata, ma in cui la situazione è stata vissuta in ogni caso come una forma di violazione.

L'utilizzo di una scala di valutazione delle molestie focalizzata sul vissuto soggettivo, piuttosto che su atti o condizioni specifici, può contribuire a colmare alcune lacune nella rilevazione dell'impatto del trauma sessuale. Tuttavia, è importante considerare i limiti associati a un numero ridotto di domande e alla loro variabilità interpretativa, che potrebbero influenzare l'affidabilità e la completezza dei risultati ottenuti. Spesso infatti l'indagine dell'abuso sessuale tende ad essere costretta entro limiti rigidi, attraverso l'utilizzo di domande precise relative a situazioni ben definite. Per esempio, l'*Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*, un questionario per la valutazione dell'abuso sessuale infantile (CSA), è costituito da soli quattro item, che valutano i casi in cui la vittima sia stata forzata ad avere rapporti sessuali (orali, vaginali o anali), a toccare i genitali dell'aggressore o in cui è stato l'aggressore ad entrare in contatto indesiderato con parti intime della vittima. Anche dalla meta-analisi di Wilson (2018) emerge come spesso la violenza sessuale venga indagata ponendo domande sull'uso della forza da parte dell'aggressore o su atti

specifici, senza considerare adeguatamente la soggettività della vittima, se non limitatamente all'espressione del consenso.

L'uso di domande specifiche riguardo alla situazione sessuale per indagare l'abuso, insieme ai criteri legali per la sua definizione, sembrano suggerire che siano unicamente le circostanze oggettive a definire ciò che costituisce una molestia, tralasciando il vissuto della vittima. Trattandosi però non tanto del riconoscimento legale dell'abuso, ma dell'impatto che la sua esperienza ha sulla salute, non può essere trascurata la dimensione psicologica ed emotiva che si cela dietro situazioni in cui tecnicamente non è stata usata la forza e in cui il disagio è stato vissuto in modo intimo. Dunque, per quanto queste domande risentano di un'ampiezza interpretativa, suscettibile ad errore, dall'altra parte consentono anche di valorizzare il ruolo del vissuto di perdita di controllo o del fatto di sentirsi in dovere.

Un ulteriore vantaggio dell'utilizzo di domande che valorizzano il vissuto personale della vittima, riguarda la possibilità di ridurre le difficoltà legate al processo di autodefinizione di sé come vittima. Infatti, per quanto riguarda l'abuso sessuale infantile (CSA), è emerso che la sua rilevazione sia complicata dal fatto che molte vittime non si autodefiniscono tali. Studi mostrano che solo una minoranza si riconosce come vittima, con un rapporto di 1:2 (Rellini & Meston, 2007) e in altri casi si arriva a 1:4 o 1:6 (Silvern et al., 2000; Stander, Olson, & Merrill, 2002). Un'analisi di Vaillancourt-Morel et al. (2016) evidenzia che il riconoscimento di sé come vittima è influenzato dalla gravità dell'abuso, dal genere e dalla risposta emotiva e sessuale. Solo il 33% delle donne e il 19.2% degli uomini riconoscono l'abuso subito in età infantile. Tenendo conto di quanto emerso dalle indagini sull'abuso sessuale infantile (CSA), si può ipotizzare che l'utilizzo di item incentrati sul vissuto soggettivo, che non scendono nei particolari di ciò che è avvenuto e non utilizzano termini come "violenza", "molestia" o "abuso", possa, con i suoi limiti, ridurre il gap di rilevazione determinato dalle difficoltà di autodefinizione di sé come vittima.

5.3. Confronto tra gruppi con diversi gradi di esposizione a esperienze sessuali negative e molestie

L'ipotesi di base che ha guidato l'indagine presupponeva che le donne maggiormente esposte ad episodi di molestia sessuale avrebbero potuto manifestare sintomi premestruali più severi rispetto alle coetanee. Per verificare questa ipotesi, il sottogruppo con i punteggi più elevati nella scala delle molestie sessuali è stato confrontato con un gruppo di controllo, composto da partecipanti che non avevano vissuto tali esperienze. Le analisi hanno rivelato che il vissuto traumatico sessuale influisce sulla sintomatologia, ma non in tutti i suoi domini. Sembrano essere soprattutto i sintomi fisici e depressivi a risentire della ripetuta esperienza di episodi sessuali negativi. Nello specifico, i sintomi fisici hanno mostrato differenze sia nella ciclicità che nell'intensità media durante il ciclo mestruale, mentre i sintomi depressivi hanno evidenziato differenze solo in termini di intensità, senza variazioni significative nella loro traiettoria. Questi risultati suggeriscono che l'esposizione a molestie sessuali possa amplificare specifici sintomi premestruali.

In particolare, le analisi condotte sui sintomi fisici all'interno del campione generale, hanno evidenziato che questi siano stati il dominio in cui è stato registrato l'incremento premestruale più marcato, superiore rispetto ai sintomi affettivi. Tuttavia, tale ciclicità è risultata amplificata in coloro che sono state vittime di ripetute esperienze sessuali negative. Inoltre, il gruppo maggiormente esposto alle molestie ha riferito di sperimentare livelli di sintomi fisici mediamente più elevati rispetto al controllo.

Sebbene cambiamenti ciclici nei sintomi fisici siano comuni (Bernstein et al., 2014), sono poche le ricerche che si sono dedicate specificatamente alla loro esplorazione. Per esempio, uno studio di Kiesner e colleghi (2016), condotto su un campione non clinico di studentesse universitarie, ha documentato l'incremento premestruale di vari sintomi fisici, tra cui: gonfiore e dolore al seno, crampi addominali, dolori alla schiena, acne, mal di testa e disturbi gastro-intestinali. Anche in questo caso, è emerso che i sintomi fisici presentassero una maggiore ciclicità rispetto ai sintomi affettivi. Tuttavia, studi che esplorano i sintomi fisici durante il ciclo mestruale nelle vittime di violenza sessuale sono pressoché assenti.

Per quanto riguarda invece i sintomi depressivi, è emerso che essi tendano a presentarsi ad un livello mediamente superiore in coloro che sono state severamente vittime di esperienze sessuali negative. Tuttavia, per quanto riguarda la loro ciclicità, non sono emerse differenze significative tra i due gruppi con diversa esposizione alle molestie. Questo suggerisce che, sebbene le vittime di molestie abbiano riferito di sentirsi generalmente più tristi o depresse, il disagio non sembra essere legato all'effetto del trauma sessuale sulla sensibilità ai cambiamenti ciclici ormonali.

Le differenze osservate tra i gruppi in termini di sintomatologia fisica e depressiva, sollevano interrogativi sul possibile legame tra i due domini, specialmente in relazione al vissuto di violenza sessuale. Alcuni studi hanno evidenziato un'associazione tra la traiettoria dei sintomi fisici e affettivi durante il ciclo mestruale, sebbene con elevata variabilità interindividuale e in base al tipo di sintomo (Kiesner, Mendle, Eisenlohr-Moul & Pastore, 2016; Kiesner, 2009; Kiesner & Pastore, 2010). È risultato infatti che i sintomi fisici spieghino circa il 30% della varianza nei sintomi depressivi nel corso del ciclo mestruale (Kiesner, 2009). Per interpretare tale relazione, è stato ipotizzato che ogni sintomo fisico rappresenti un fattore di stress psicologico e che un accumulo di questi fattori di stress aumenti il rischio di sviluppare sintomi depressivi (Kiesner, 2009). In altre parole, il *distress* causato da cambiamenti fisici ciclici innescherebbe l'insorgenza di sintomi psicologici.

Tuttavia, se l'ipotesi del *distress* fisico fosse corretta, avremmo dovuto registrare una correlazione tra le traiettorie dei sintomi fisici e dei sintomi affettivi. Diversamente, considerando il campione generale, i sintomi fisici hanno mostrato una correlazione significativa soltanto con l'avversione sessuale, pertanto il loro andamento non sembra aver influenzato i sintomi affettivi (Tabella 4.2). Inoltre, il fatto che le vittime di molestie abbiano manifestato una maggiore ciclicità dei sintomi fisici, ma non di quelli depressivi, mette ulteriormente in dubbio tale ipotesi.

Si propone quindi, che l'effetto delle molestie sessuali possa essere distinto in due componenti: una legata alla ciclicità mestruale ed una ad essa indipendente. Riguardo alla prima, l'esperienza di molestie sessuali è associata ad una esacerbazione dell'incremento premenstruale dei sintomi fisici. Poiché, sia in questo studio sia in studi precedenti (Kiesner, 2009), i sintomi fisici sono risultati il dominio più soggetto a cambiamenti ciclici, si suggerisce che le esperienze sessuali negative accentuino la

sensibilità di questa specifica categoria di sintomi per le fluttuazioni ormonali legate al ciclo mestruale. Inoltre, è plausibile ipotizzare che i sintomi fisici siano i più vulnerabili all'influenza di fattori di stress ambientale, come le esperienze sessuali negative.

Questi risultati suggeriscono quindi che non esista un vero e proprio pattern sintomatologico specifico per le vittime di molestie e coercizione sessuale. Inoltre, emerge l'importanza della valutazione dei sintomi fisici all'interno della sindrome premestruale (PMS), aprendo la strada ad ulteriori ricerche sull'impatto dei fattori ambientale sulla salute mestruale. Sarebbe interessante indagare se altre fonti di stress contribuiscano in modo simile all'accentuarsi della sintomatologia fisica e se quindi tale categoria di sintomi possa effettivamente essere considerata particolarmente sensibile alle sollecitazioni ambientali.

Al contrario, l'effetto del trauma sessuale sulla sintomatologia depressiva sembra essere indipendente dall'influenza delle fasi del ciclo mestruale. Infatti, il gruppo con alta esposizione alle violenze sessuali, pur avendo riferito di sentirsi mediamente più triste e depresso, non ha manifestato cambiamenti ciclici più intensi rispetto al controllo. Pertanto, tale differenza, per quanto clinicamente rilevante, potrebbe non essere strettamente legata al ruolo della sindrome premestruale (PMS) o del ciclo mestruale sulla sintomatologia, bensì agli effetti del vissuto sessuale negativo sull'umore. Per esempio, uno studio di Hopfinger e colleghi (2016), condotto su un campione di donne vittime di abusi sessuali infantili (CSA), ha rilevato che le capacità di regolazione emotiva mediavano la gravità della depressione. Tali evidenze provenienti dalla letteratura, applicate al presente studio, suggeriscono che studi futuri potrebbero prendere in considerazione la disregolazione emotiva e indagare se questa giochi un ruolo analogo nell'impatto della coercizione e della violenza sessuale, anche quando non legate all'infanzia, contribuendo all'accentuarsi della sintomatologia depressiva.

In conclusione, lo studio supporta l'ipotesi che le esperienze sessuali negative rappresentino un fattore di rischio per l'intensificazione della sintomatologia registrata durante il ciclo mestruale, in particolare per i sintomi fisici e depressivi. Mentre i sintomi fisici mostrano una evidente connessione con il ciclo mestruale, per quanto riguarda i sintomi depressivi, sebbene più gravi nelle vittime di molestie, non sembra

che tale variazione sia influenzata dalla ciclicità mestruale. Inoltre, i risultati mettono in luce come non siano soltanto i casi di eclatante violenza sessuale ad influenzare la salute mestruale, ma anche vissuti di disagio trasversali a più esperienze, come la sensazione di perdita di controllo durante un rapporto.

5.4. L'avversione sessuale nelle vittime di violenze sessuali

Un ulteriore obiettivo di questo studio era quello di esplorare i sentimenti di ansia e disgusto associati all'idea di avere rapporti, indagando se le violenze sessuali e la ciclicità mestruale influenzassero l'avversione sessuale. Studi precedenti condotti su campioni di vittime di abuso sessuale infantile (CSA), inducevano ad ipotizzare che anche esperienze sessuali negative avvenute in altre epoche di vita potessero essere associate allo sviluppo di sentimenti negativi riguardo all'atto sessuale. Per esempio, uno studio di Becker e colleghi (1984) ha rilevato che il 66% delle donne abusate precocemente, presenta due o più disfunzioni in comorbilità. Da un'altra ricerca risulta che una tra le problematiche più diffuse all'interno di questa popolazione riguardi il desiderio sessuale (Pulverman, Kilimnik & Meston, 2018). La stessa ricerca documenta come i trattamenti classici per le disfunzioni sessuali siano meno efficaci sulle vittime di abuso, suggerendo che queste possano presentare delle specificità alla base dello sviluppo del disturbo. Sembra infatti che le donne con una storia di abuso tendano ad associare al sesso minori significati positivi (Meston, Rellini & Heiman, 2006) ed abbiano schemi del sé sessuale più negativi (Brotto, Basson & Luria, 2008). Tutti questi elementi inducono ad ipotizzare che anche nel caso delle vittime di ripetute esperienze sessuali negative possano essersi sviluppati sentimenti avversi nei confronti dell'atto sessuale, che possono indurre ad un suo evitamento. In questo studio però non è stata valutata la presenza effettiva di disfunzioni sessuali, bensì è stato preso in considerazione l'atteggiamento quotidiano all'idea di avere rapporti, in termini di ansia o disgusto.

Si evidenzia che il monitoraggio quotidiano dell'avversione sessuale in un campione non clinico e la sua analisi in relazione all'esperienza di molestie sessuali rappresentano un elemento di novità. Inoltre, l'osservazione quotidiana dell'avversione sessuale, combinata con il monitoraggio dei sintomi premestruali introduce un nuovo approccio di indagine, che permette di esplorare il legame tra tre

dimensioni: la salute mestruale, la salute sessuale e l'impatto su queste del vissuto di molestie e coercizione sessuale. Tale proposta apre nuove prospettive nella comprensione di come i sintomi legati alla ciclicità mestruale possano interagire con la sfera sessuale e il vissuto psicologico.

Riguardo all'influenza della ciclicità mestruale sull'avversione sessuale, si osserva un effetto limitato, ma piuttosto uniforme. In media l'avversione sessuale tendeva ad aumentare in fase premenstruale, indipendentemente dal grado di esposizione alle molestie sessuali. Tra le cinque variabili registrate, l'avversione sessuale è stata quella per cui è stato rilevato il grado di variabilità intersoggettiva inferiore. Solo una minoranza di casi ha registrato un incremento consistente in fase luteale. Inoltre, l'avversione sessuale correlava moderatamente con l'andamento dei sintomi premenstruali, sia affettivi che fisici, evidenziando una relazione tra sentimenti di ansia e disgusto verso l'atto sessuale e altri sintomi influenzati dal ciclo mestruale.

L'analisi della correlazione tra l'avversione sessuale e il vissuto di molestie sessuali, non ha prodotto evidenze significative, diversamente da quanto ipotizzato. I sentimenti di ansia o disgusto all'idea di avere rapporti sessuali non sembrano essere influenzati dalle esperienze sessuali negative, né nella loro traiettoria né nel loro livello medio. Anche comparando il gruppo severamente esposto alle molestie sessuali con il gruppo di controllo, non sono emerse differenze significative. Dunque, coloro che hanno riferito di aver sperimentato più forme di molestia sessuale, non hanno mostrato di provare maggiore disgusto o ansia all'idea di avere un rapporto sessuale rispetto alle coetanee.

Tuttavia, è importante sottolineare che questo studio è stato condotto su un campione non clinico di studentesse, che in media, nel corso della partecipazione, ha riferito "Per niente" ansia o repulsione all'idea di avere un rapporto sessuale. Si può ipotizzare che, se l'analisi fosse stata eseguita su un campione clinico vittima di violenze sessuali, i risultati sarebbero stati differenti. È importante inoltre sottolineare che la misura delle molestie sessuali utilizzata nello studio include due item riguardanti esperienze di perdita di controllo o in cui la persona si è sentita obbligata ad avere rapporti sessuali, che plausibilmente sono suscettibili a maggiore varietà interpretativa. Ciò potrebbe aver influito sui risultati, attenuando la misura complessiva della violenza sessuale e il suo legame con l'avversione sessuale.

Dunque, le analisi condotte sull'avversione sessuale, hanno evidenziato l'influenza della ciclicità mestruale sull'avversione sessuale, caratterizzata da un lieve incremento in fase premenstruale. Tuttavia, non sono emerse correlazioni significative tra le molestie sessuali e l'avversione sessuale, suggerendo che le esperienze negative non abbiano influito in modo rilevante sul benessere sessuale del campione. Va però considerato che, trattandosi di un campione non clinico, il fenomeno potrebbe presentarsi con un'intensità attenuata.

Conclusioni

In sintesi, lo studio ha evidenziato che le esperienze sessuali negative possono influire sulla salute mestruale, associandosi ad una sintomatologia fisica premenstruale più intensa. Inoltre, è risultato che coloro che sono state esposte severamente a molestie e violenze sessuali hanno riferito di sentirsi mediamente più tristi e depresse rispetto alle coetanee. Considerando le diverse esperienze sessuali negative indagate, sembra che siano soprattutto la violenza sessuale e l'esperienza di perdita di controllo a correlare con i sintomi fisici e depressivi.

Lo studio però presenta alcune limitazioni. Una di queste riguarda la scala utilizzata per la misura delle esperienze sessuali negative, composta da soli tre item, che non precisano, ad esempio, quando l'evento sia avvenuto o chi abbia commesso la violenza. Sebbene siano stati descritti i benefici legati all'utilizzo di domande con ampia varietà interpretativa, allo stesso tempo limitano nella conoscenza di informazioni più precise, che consentirebbero di approfondire il fenomeno. Tuttavia, è stato considerato che un ulteriore approfondimento dell'esperienza traumatica avrebbe reso necessaria la presenza di una figura di supporto al momento della somministrazione del questionario.

Un'altra limitazione riguarda il campione e i criteri di inclusione adottati. Il campione era infatti costituito unicamente da studentesse universitarie che hanno deciso di partecipare volontariamente alla ricerca. È possibile infatti che ad essersi offerte di partecipare allo studio siano soprattutto coloro che si trovano a proprio agio a parlare della propria sessualità e del ciclo mestruale. Questo potrebbe potenzialmente spiegare il livello di avversione sessuale registrato.

Infine, non è stato possibile valutare la presenza di altre forme di influenza del vissuto sessuale traumatico sul ciclo mestruale. Infatti, essendo la presenza del ciclo mestruale il solo criterio necessario alla partecipazione, non è stato possibile considerare la diffusione tra le vittime di amenorrea o di altre irregolarità mestruali. È noto infatti che le vittime di abuso sessuale infantile (CSA) siano maggiormente a rischio di manifestare amenorrea o altre problematiche legate al ciclo mestruale (Jacobs, Boynton & Harville, 2015), dunque questo tipo di requisito necessariamente non consente di osservare un'altra faccia del fenomeno.

In conclusione, i risultati di questo studio evidenziano l'importanza di porre attenzione all'influenza delle esperienze sessuali negative sulla salute mestruale e sulla qualità di vita delle donne. Sembra infatti che l'effetto non si limiti ai casi di abuso sessuale infantile (CSA), ma si estenda anche ad eventi di violenza o molestie sessuali che possono verificarsi durante l'intero arco di vita. Inoltre, queste osservazioni ribadiscono l'importanza di adottare un approccio personalizzato nell'analisi della sindrome premestruale (PMS), che sia rispettoso non solo della variabilità individuale legata alla ciclicità mestruale, ma anche dei fattori di stress ambientale, che possono influenzare la salute mestruale. Infine, questi risultati suggeriscono la possibilità di adottare un approccio di indagine dell'abuso sessuale alternativo, che valorizzi il vissuto soggettivo delle vittime, oltre che le circostanze in cui è avvenuto l'evento.

Bibliografia

AbdelQadir, Y. H., Assar, A., Abdelghafar, Y. A., Kamal, M. A., Zaazouee, M. S., Elsayed, S. M., Ragab, K. M., Nabhan, A. E. & Gamaleldin, N. A. (2022). Prevalence and patterns of premenstrual disorders and possible association with sexual harassment: a cross-sectional study of young Arab women. *BMC Women's Health*, 22(536), 1-10.

Adams, J., Mrug, S. & Knight, D. C. (2018). Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 86, 167-177.

Allsworth, J. E., Zierler, S., Krieger, N. & Harlow, B. L. (2001). Ovarian function in late reproductive years in relation to lifetime experiences of abuse. *Epidemiology*, 12(6), 676–681.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Andersen, B. L. & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *J Pers Soc Psychol*, 67, 1079-1100.

Andréen, L., Nyberg, S., Turkem, S., van Wingen, G., Fernández, G. & Backstrom, T. (2009). Sex steroid induced negative mood may be explained by the paradoxical effect mediated by GABAA modulators. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 1121—1132.

Angst, J., Sellaro, R., Merikangas, K. R. & Endicott, J. (2001) The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand*, 104, 110–116.

Ashby, C. R., Carr, L. A., Cook, C. L., Steptoe, M. M. & Franks, D. D. (1988). Alteration of platelet serotonergic mechanisms and monoamine oxidase activity in premenstrual syndrome, *Biol Psychiatry*, 24, 225– 233.

Azoulay, M., Reuveni, I., Dan, R., Goelman, G., Segman, R., Kalla, C., Bonne, O., & Canetti, L. (2020). Childhood Trauma and Premenstrual Symptoms: The Role of Emotion Regulation. *Child Abuse & Neglect*, 108, 1-9.

Bakos, O., Lundkvist, O., Wide, L. & Bergh, T. (1994). Ultrasonographical and hormonal description of the normal ovulatory menstrual cycle. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*, 73, 790–796.

Barker-Collo, S. & Read, J. (2003). Models of response to childhood sexual abuse. Their implication for Treatment. *Trauma, Violence & Abuse*, 4, 95-111.

Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469–483.

Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G. & Cichon, J. (1986). Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims. *Arch Sex Behav*, 15, 37-49.

Berman, L. A., Berman, J. R., Bruck, D., Pawar, R. V. & Goldstein, I. (2001). Pharmacotherapy or psychotherapy?: effective treatment for FSD related to unresolved childhood sexual abuse. *J Sex Marital Ther*, 27, 421-425.

- Bernstein, M. T., Graff, L. A., Avery, L., Palatnick, C., Parnerowski, K., & Targownik, L. E. (2014). Gastrointestinal symptoms before and during menses in healthy women. *BMC Women's Health, 14*, 14. <http://doi.org/10.1186/1472-6874-14-14>
- Bertone-Johnson, E. R., Whitcomb, B. W., Missmer, S. A., Manson, J. E., Hankinson, S. E., & Rich-Edwards, J. W. (2014). Early life emotional, physical, and sexual abuse and the development of premenstrual syndrome: A longitudinal study. *Journal of Women's Health, 23*(9), 729–739.
- Bertone-Johnson, E.R., Haakinson, S. E. & Bendich, A. (2005). Calcium and Vitamin D intake and risk of incident premenstrual syndrome. *Arch Intern Med, 165*(11), 1246–1252.
- Birnie-Porter, C. & Lydon, J. E. (2013). A prototype approach to understanding sexual intimacy thorough its relationship to intimacy. *Personal Relationships, 20*, 236-258.
- Bouhlila, D. S. (2019). Sexual harassment and domestic violence in the middle East and North Africa, *Arab Barometer, 2-42*.
- Briere, J. (1996). *Therapy for adults molested as children* (2nd ed.). New York, NY: Springer.
- Brotto, L. A. & Basson, R., Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med, 5*, 1646-1659.
- Brown, C.S., Ling, F.W., Andersen, R.N., Farmer, R.G. & Arheart, K.L. (1994). Efficacy of depot leuprolide in premenstrual syndrome: effect of symptom severity and type in a controlled trial. *Obstet Gynecol, 84*, 779-786.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: a review of the research. *Psychological Bulletin, 99*, 66-77.
- Chrousos, G. P., Torpy, D. J. & Gold, P. W. (1998). Interactions between the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the female reproductive system: clinical implications. *Ann Intern Med, 129*(3), 229–240.
- Collett, B. J., Cordle, C. J., Stewart, C. R. & Jagger, C. (1998). A comparative study of women with chronic pelvic pain, chronic nonpelvic pain and those with no history of pain attending general practitioners. *British Journal of*
- Colman, R. A., & Widom, C. S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child Abuse & Neglect, 28*(11), 1133–1151.
- Dalton, K., Dalton, M. E. & Guthrie, K. (1987). Incidence of the premenstrual syndrome in twins. *Br Med J (Clin Res Ed), 295*, 1027-1028.
- DiLillo, D., & Long, P. J. (1999). Perceptions of couple functioning among female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 7*, 59-76.
- Draucker, C. (1995). A coping model for adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 10*(2), 159-175.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Nachman, G., Zhiming, L., Gluck, H., Toomey, T. C., & Mitchell, M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine, 113*, 828–833.
- Dunne, M. P., Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Andrevia-Miller, I., Choo, W. Y., Dunne, S. K., Gerbaka, B., Isaeva, O., Jain, D., Kasim, M. S., Macfarlane, B., Mamyrova, N., Ramirez, C., Volkova, E., & Youssef, R. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tools Retrospective version (ICAST-R): Delphi study and field testing in seven countries. *Child Abuse & Neglect, 33*(11), 815–825.

- Ecochard, R. & Gougeon, A. (2000). Side of ovulation and cycle characteristics in normally fertile women. *Hum. Reprod*, 15, 752–755.
- Eisenlohr-Moul, T. A., Kaiser, G., Weise, C., Schmalenberger, K. M., Kiesner, J., Ditzen, B., & Kleinstäuber, M. (2019). Are there temporal subtypes of premenstrual dysphoric disorder?: using group-based trajectory modeling to identify individual differences in symptom change. *Psychological Medicine*, 50(6), 964–972.
- Elliot, D. M., Mok, D. S. & Briere, J. (2004). Adult Sexual Assault: Prevalence, Symptomatology, and Sex Differences in the General Population, *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 203-211.
- Epperson, C. N., Steiner, M., Hartlage, S. A., Eriksson, E., Schmidt, P. J., Jones, I., & Yonkers, K. A. (2012). Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 465–475.
- Erikson, E. (1999). Serotonin reuptake inhibitors for the treatment of premenstrual dysphoria. *PubMed*, 14 Suppl 2, S27-33.
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). *Violence Against Women: An EU-Wide Survey*, 2014.
- Felitti, V. J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *Southern Medical Journal*, 84(3), 328–331.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. & Marks, J. S. (2019). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term effects of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 325–330.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2014). The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 55, 329–333.
- Fraser, I.S., Critchley, H.O.D., Broder, M. & Munro, M. G. (2011) The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. *Semin Reprod Med*, 29 (5), 383–390.
- Freeman, E. W. (2002) Evaluation of a unique oral contraceptive (Yasmin) in the management of premenstrual dysphoric disorder, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 7 (3), 27-34.
- Freeman, E. W. (2003). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 25–37
- Freeman, E. W., Halbreich, U., Grubb, G.S., Rapkin, A. J., Sven, O. S., Smith, L., Mirkin, S. & Constantine, G. D. (2012). An overview of four studies of a continuous oral contraceptive (levonorgestrel 90 mcg/ ethinyl estradiol 20 mcg) on premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome, *Contraception*, 85, 437-445.
- Georgia, E. J., Roddy & Doss, B. D. (2018). Sexual Assault and Dyadic Relationship Satisfaction: Indirect Associations Through Intimacy and Mental Health, *Violence Against Women*, 24(8), 936-951.
- Girman, A., Lee, R. & Kligler, B. (2003). An integrative medicine approach to premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol*, 188(5), 56–65.
- Golden, N.H. & Carlson, J.L. (2008). The pathophysiology of amenorrhea in the adolescent. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 1135, 163–178.

- Goldman, J. D. G. & Padayachi, U. K. (2000) Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *J Sex Res*, 37, 305-314.
- Graham, C. A. & Sherwin, B. B. (1992). A prospective treatment study of premenstrual symptoms using a triphasic oral contraceptive, *J Psy- chosom Res*, 36, 257-266.
- Gumussoy, S., Donmez, S. & Keskin, G. (2021). Investigation of the Relationship between Premestraul Syndrome, and Childhood Trauma and Mental State in Adolescents with Premenstrual Syndrome. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, 65-71.
- Hall, K. (2008). Childhood sexual abuse and adult sexual problems: a new view of assessment and treatment. *Fem Psychol*, 18, 546-556.
- Hammarback, S. & Backstrom, T. (1988). Induced anovulation as a treatment of premenstrual tension syndrome: a double-blind cross-over study with GnRH-agonist versus placebo. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 67, 159- 166.
- Hantsoo, L. & Epperson, C. N. (2015). Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 17(11), 87.
- Harlow, S.D. (2000). Menstruation and menstrual disorders: the epidemiology of menstruation and menstrual dysfunction. In: Goldman, M., Hatch, M. (Eds.), *Women and Health*. Academic Press, San Diego, CA, pp. 99–113.
- Heim, C., Ehler, U., Hanker, J. P. & Hellhammer, D. H. (1998). Abuse-related posttraumatic stress disorder and alterations of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatic Medicine*, 60,309-318.
- Hilden, M., Schei, B., Swahnberg, K., Halmesma`ki, E., Langhoff-Roos, J., Offerdal, K., Pikarinen, U., Sidenius, K., Steingrimsdottir, T., Stoum-Hinsverk, H. & Wijma, B. (2004). A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1121-1127.
- Hjollund, N. H., Jensen, T. K., Bonde, J. P., Henriksen, T. B., Andersson, A. M., Kolstad, H. A., Ernst, E., Giwercman, A., Skakkebaek, N. E. & Olsen, J (1999). Distress and reduced fertility: a follow-up study of first-pregnancy planners. *Fertil Steril*, 72(1), 47–53.
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L. H., & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*, 198, 189–197
- Hylan, T.R., Sundell, K. & Judge, R. (1999). The impact of premenstrual symptomatology on functioning and treatment-seeking behavior: experience from the United States, United Kingdom and France. *J Womens Health Gend Based Med*, 8, 1043–1052.
- Ilhan, G. & Atmaca, F. V. V. (2017). Premenstrual Syndrome Is Associated With a Higher Frequency of Female Sexual Difficulty and Sexual Distress. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(8), 811-821.
- Islas-Preciado, D., Flores-Celis, K., González-Olvera, J. & Estrada-Camerana, E. (2021). Effect of physical and sexual violence during childhood and/or adolescence on the development of menstrual related mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *Salud Mental*, 44(3), 145-153.
- Jacobs, M. B., Boynton-Jarrett, R. D., & Harville, E. W. (2015). Adverse childhood event experiences, fertility difficulties, and menstrual cycle characteristics. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 36(2), 46–57.
- Johnson, S. R. (1987). The epidemiology and social impact of pre- menstrual symptoms. *Clin Obstet Gynecol*, 30, 367–376.

- Johnson, S. R. (2004). Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder, and Beyond: A Clinical Primer for Practitioners. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104 (4), 845-859.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15(6), 515-544.
- Kaplowitz, P., Slora, E., Wasserman, R., Pedlow, S. E. & Herman-Giddens, M. E. (2001). Earlier onset of puberty in girls: relation to increased body mass index and race. *Pediatrics*, 108, 347–353.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Perel, J., Dahl, R., Moreci, P., Nelson, B., Wells, W., & Ryan, N. (1997). The corticotropin-releasing hormone challenge in depressed, abused, depressed non-abused, and normal control children. *Biological Psychiatry*, 42, 669–679.
- Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological Trauma and Physical Health: A Psychoneuroimmunology Approach to Etiology of Negative Health Effects and Possible Interventions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 35-48.
- Kiesner, J. (2009). Physical Characteristics of the Menstrual Cycle and Premenstrual Depressive Symptoms. *Psychological Science*, 20(6), 763-770.
- Kiesner, J. (2011). One woman's low is another woman's high: Paradoxical effects of the menstrual cycle. *Psychoneuroendocrinology*, 36, 68—76.
- Kiesner, J., & Pastore, M. (2010). Day-to-day co-variations of psychological and physical symptoms of the menstrual cycle: Insights to individual differences in steroid reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 35(3), 350–363.
- Kiesner, J., Mendle, J., Eisenlohr-Moul, T. A., & Pastore, M. (2016). Cyclical symptom change across the menstrual cycle. *Clinical Psychological Science*, 4(5), 882–894.
- Kilimnik, C. D. & Meston, C. M. (2011). Role of body esteem in the sexual excitation and inhibition responses of women with and without a history of childhood sexual abuse. *J Sex Med*, 3, 1718-1728.
- Kilpatrick, D. G., Edmundus, C. N. & Seymour, A. K. (1992), Rape in America - A Report to the Nation. *Crime Victim Research and Treatment Center*, 1-20.
- Kim, K. & Smith, P. (1998). Childhood stress, behavioral symptoms and mother-daughter pubertal development. *J Adolesc*, 21, 231–240.
- Kulkarni, J., Leyden, O., Gavrilidis, E., Thew, C. & Thomas, E. H. X., (2022). The prevalence of early life trauma in premenstrual dysphoric disorder (PMDD). *Psychiatry Research*, 308, 1-7.
- Lampe, A., Solder, E., Ennemoser, A., Schubert, C., Rumpold, G. & Sollner, W. (2000). Chronic Pelvic Pain and Previous Sexual Abuse. *Obstetrics & Gynecology*, 96(6), 929-933.
- Leonard, L. M., & Follette, V. M. (2002). Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: Review of the empirical literature and clinical implications. *Annual Review of Sex Research*, 13(1), 346–388.
- Linden, J. A. (1999). Sexual Assault, *Domestic Violence in the Emergency Department*, 17(3), 685-697.
- Loeb, T., Williams, J. K., Carmona, J., Rivkin, I., Wyatt, G. E., Chin, D. & Asuan-O'Brien, A. (2002). Child sexual abuse: associations with the sexual functioning of adolescents and adults. *Annu Rev Sex Res*, 13, 307-345.

Marván, M. L., & Cortés-Iniestra, S. (2001). Women's beliefs about the prevalence of premenstrual syndrome and biases in recall of premenstrual changes. *Health Psychology, 20*(4), 276–280.

Messman-Moore, T. L., Long, P. J., & Siegfried, N. J. (2000). The revictimization of child sexual abuse survivors: An examination of the adjustment of college women with child sexual abuse, adult sexual assault, and adult physical abuse. *Child Maltreatment, 5*(1), 18–27.

Meston, C. M., Rellini, A. H. & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *J Consult Clin Psychol, 74*, 229-236.

Milewicz, A., Demissie, M. & Jedrzejuk, D. (2004). Secondary amenorrhea, diagnostic and therapy. An attempt to create the standard. *Adv Clin Exp Med, 13*(1), 135–139.

Moeller, T. P., Bachman, G. A. & Moeller, J. R. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: Long-term health consequences for women. *Child Abuse and Neglect, 17*, 623-640.

Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E. & Herbison, P. (1993). Childhood Sexual Abuse and Mental Health in Adult Life. *British Journal of Psychiatry, 163*, 721-732.

Najdowski, C. J., & Ullman, S. E. (2011). The effects of revictimization on coping and depression in female sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress, 24*(2), 218–221.

Nevatte, T., O'Brien, P. M., Bäckström, T., Brown, C., Dennerstein, L., Endicott, J., Epperson, C. N., Eriksson, E., Freeman, E. W., Halreich, U., Ismail, K., Panay, N., Pearlstein, T., Rapkin, A., Reid, R., Rubinow, D., Schmidt, P., Steiner, M., Studd, J., Sundstrom-Poromaa, I., Yonkers, K. & Consensus Group of the International Society for Premenstrual Disorders. ISPMDD consensus on the management of premenstrual disorders. *Arch Womens Ment Health, 16*, 279-291.

Norberg, L., Wahlstrom, G. & Backstrom, T., 1987. The anaesthetic potency of 3 alpha-hydroxy-5 alpha-pregnan-20-one and 3 alpha- hydroxy-5 beta-pregnan-20-one determined with an intravenous EEG-threshold method in male rats. *Pharmacol. Toxicol., 1*, 42—47.

Obstetrics and Gynaecology, 105, 87-92.

Park, S.J., Goldsmith, L.T. & Weiss, G. (2002). Age-related changes in the regulation of luteinizing hormone secretion by estrogen in women. *Exp. Biol. Med, 227*, 455–464.

Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. & Gomèz-Benito, G. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: a meta- analysis. *Clin Psychol Rev, 29*, 328-338.

Perry, D. L., Miles, D., Borruss, K. & Svikis, d. S. (2004). Premenstrual symptomatology and alcohol consumption in college women. *J Stud Alcohol, 65*(4), 464–468.

Petersen, N., London, E. D., Liang, L., Ghahremani, D. G., Gerards, R., Goldman, L. & Rapkin, A. J. (2016). Emotion regulation in women with premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health, 19*(5), 891–898.

Plichta, S. B., & Carmella, A. (1996). Violence and gynecologic health in women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 174*(3), 903–907.

Porpora, M. G. & Gomel, V. (1997). The role of laparoscopy in the management of reproductive age. *American Society for Reproductive Medicine, 68*(5), 765-779.

Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D. & Meston, C. M. (2018). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual Medicine Reviews, 6*, 188-200.

- Rapkin, A. (2003). A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003, 28, 39–53.
- Rapkin, A. J., Chang, L. C., & Reading, A. E. (1988). Comparison of retrospective and prospective assessment of premenstrual symptoms. *Psychological Reports*, 62(1), 55–60.
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships* (pp. 367-389). Chichester, England: Wiley & Sons.
- Rellini, A. H. & Meston, C. M. (2007). Sexual desire and linguistic analysis: a comparison of sexually-abused and non-abused women. *Arch Sex Behav*, 36, 67-77.
- Rellini, A. H., & Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1312–1321.
- Rodriguez, N., Ryan, S. W., Kemp, H. V. & Foy, D. W. (1997). Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Comparison Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 53-59.
- Romito, P., Cedolin, C., Bastiani, F., Beltramini, L. & Saurel-Cubizolles, M. J. (2017). Sexual harassment and menstrual disorders among Italian university women: A cross-sectional observational study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45, 528-535.
- Ross, L.E. & Steiner, M., 2003. A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 26 (3), 529–546.
- Rowan, A. B., Foy, D. W., Rodriguez, N., & Ryan, S. (1994). Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually abused as children. *Child Abuse and Neglect*, 18, 51-61.
- Rowland, D., Zabin, L. & Emerson, M. (2000). Household risk and child sexual abuse in a low income, urban sample of women. *Adolescent Family Health*, 1, 29 –39.
- Sarkar, N. N. (2010). Childhood Sexual Abuse and Its Impact on Woman's Health. *International Medical Journal*, 17 (2), 107-112.
- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G. & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women. *J Interpers Violence*, 7, 189-204.
- Schmidt, P. J., Nienman, L. K., Merry, Danaceau, M. A., Adams, L. F. & Rubinow, D. R. (1998). Differential Behavioral Effects of Gonadal Steroids in Women With and in Those Without Premenstrual Syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 338(4), 209-216.
- Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), (2018). Violence against women, prevalence estimates. *World Health Organization*, 1-87.
- Shapiro, D. L., & Levendosky, A. A. (1999). Adolescent survivors of childhood sexual abuse: The mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. *Child Abuse and Neglect*, 23(11), 1175-1191
- Sickel, A. E., Noll, J. G., Moore, P. J., Putnam, F. W. & Trickett, P. K. (2002). The Long-term Physical Health and Healthcare Utilization of Women Who Were Sexually Abused as Children. *Journal of Health Psychology*, 7(5), 583-597.
- Silvern, L., Waelde, L. C., Baughan, B. M., Karyl, J., & Kaersvang, L. L. (2000). Two formats for eliciting retrospective reports of child sexual and physical abuse: Effects on apparent prevalence and relationships to adjustment. *Child Maltreatment*, 5, 236–250.
- Speroff, L. & Fritz, M. A. (2005). *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, PA.

Stander, V. A., Olson, C. B., & Merrill, L. L. (2002). Self-definition as a survivor of childhood sexual abuse among Navy recruits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 369–377.

Sternfeld, B., Swindle, R., Chawla, A., Long, S. & Kennedy, S. (2002). Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. *Obstet Gynecol*, 99, 1014–1024.

Sveinsdottir, H. & Backstrom, T. (2000). Menstrual cycle symptom variation in a community sample of women using and not using oral contraceptives. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 79, 757-764.

Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening life events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P. & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev.*, 27(1–2), 33–44.

Thelen, M. H., Sherman, M. D., & Borst, T. S. (1998). Fear of intimacy and attachment among rape survivors. *Behavior Modification*, 22, 108-116.

Vaillancourt-Morel, M. P., Godbout, N., Bédard, M. G., Charest, E., Briere, J. & Sabourin, S. (2016). Emotional and Sexual Correlates of Child Sexual Abuse as a Function of Self-Definition Status. *Child Maltreatment*, 21(3), 228-238.

Vink, C. W., Labots-Vogeleang, S. M. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2006) Menstruation disorders more frequent in women with a history of sexual abuse. *Ned Tijdschr Geneesk.* 150(34), 1886–1890.

Vitek, K. N. & Yeater, E. A. (2021). The Association Between a History of Sexual Violence and Romantic Relationship Functioning: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 22(5), 121-122.

Walling, M. K., Reiter, R. C., O'Hara, M. W., Milburn, A. K., Lilly, G. & Vincent, S. D. (1994). Abuse history and chronic pain in women prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstetrics and Gynecology*, 84, 193-199.

Weinbroum, A.A., Szold, O., Ogorek, D. & Flaishon, R. (2001). The midazolam induced paradox phenomenon is reversible by flumazenil. Epidemiology, patient characteristics and review of the literature. *Eur. J. Anaesthesiol*, 12, 789—797.

Whisman, M. A. (2006). Childhood trauma and marital outcomes in adulthood. *Personal Relationships*, 13(4), 375–386.

Wilson, L. C. (2018). The Prevalence of Military Sexual Trauma: A Meta-Analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(5), 584-597.

Wittchen, H. U., Becker, E., Lieb, R. & Krause, P. (2002) Prevalence, incidence and stability of premenstrual dysphoric disorder in the community. *Psychol Med*, 32, 119–132.

Wittchen, H. U., Perkonig, A. & Pfister, H. (2003) Trauma and PTSD – An overlooked pathogenic pathway for Premenstrual Dysphoric Disorder? *Arch Womens Ment Health*, 6, 293-297.

Woertman, L. & Van Den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res*, 49, 184-211.

World Health Organization (WHO). (2006, 26 ottobre). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-child-maltreatment-a-guide-to-taking-action-and-generating-evidence>

World Health Organization (WHO). (2013, 16 giugno). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548595>

World Health Organization (WHO). (2021). Who European Region Fact Sheet. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). International statistical classification of diseases and related health problems (10th ed.).

Wyatt, G. E., Newcomb, M., & Notgrass, C. M. (1991). Internal and external mediators of women's rape experiences. In A. Wolbert Burgess (Ed.), *Rape and sexual assault III* (pp. 29-55). New York: Garland.

Zabin, L. S., Emerson, M. R. & Rowland, D. L. (2005). Childhood sexual abuse and early menarche: the direction of their relationship and its implications. *Journal of Adolescence Health*, 36, 393-400.

Zendehdel M & Elyasi F. (2018). Biopsychosocial etiology of premenstrual syndrome: A narrative review. *J Family Med Prim Care*, 7, 346-356.