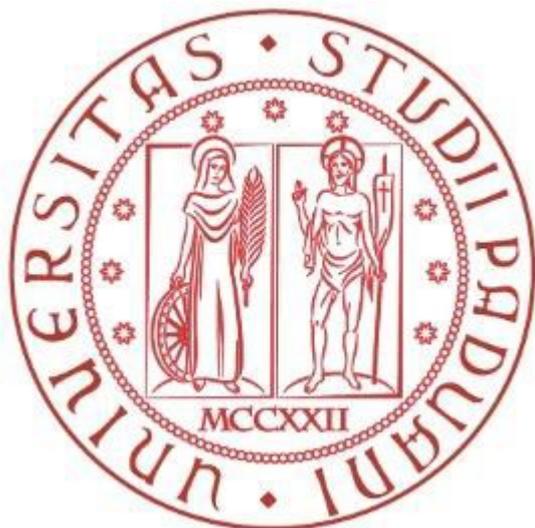


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica



Tesi di Laurea

**L'ABUSO SUI MINORI E IL DISTURBO  
POST TRAUMATICO DA STRESS: UNA  
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Prof. Massimo Semenzin

Laureanda: Sara Fontana

Matricola N. 1026421

A.A. 2015/2016

## **INDICE**

INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO I - L'ABUSO SUI MINORI. ....	3
1.1 Definizione di abuso sui minori. ....	3
1.2 Tipologie di abuso. ....	4
1.3 Riferimenti legislativi.....	5
CAPITOLO II - LE CONSEGUENZE DEGLI ABUSI E IL DISTURBO POST- TRAUMATICO DA STRESS .....	7
2.1 Le conseguenze fisiche e psichiche degli abusi. ....	7
2.2 Il disturbo post-traumatico da stress.....	8
CAPITOLO III - MATERIALIE METODI. ....	11
3.1 Obiettivi dello studio. ....	11
3.2 Quesiti di ricerca. ....	11
3.3 Criteri di ricerca. ....	11
3.4 Risultati di ricerca. ....	12
CAPITOLO IV - RISULTATI. ....	15
4.1 Fattori associati .....	15
4.2 Fattori protettivi. ....	18
4.3 Alterazioni neurologiche .....	19
4.4 Trattamenti possibili.....	22
CAPITOLO V - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI. ....	27
BIBLIOGRAFIA .....	30

## INTRODUZIONE

Il seguente elaborato nasce da un interesse personale verso l'argomento trattato e dall'esperienza di tirocinio svolta presso l'U.O di Psichiatria dell'ULSS1 Dolomiti durante il terzo anno di corso. L'abuso sui minori è un grave problema sociale ad oggi ancora sconosciuto e scarsamente segnalato. Le diverse tipologie di abuso (fisico, psicologico, sessuale e patologia delle cure), possono portare a gravi conseguenze sia sul piano fisico che su quello psicologico. Con il seguente elaborato si è voluta indagare la relazione tra gli abusi subiti durante la minore età e lo sviluppo di un invalidante disturbo d'ansia: il disturbo post-traumatico da stress. Quali sono i fattori associati allo sviluppo di tale disturbo in soggetti con storie di abusi infantili? Esistono fattori protettivi? Esistono alterazioni neurologiche alla base di questa relazione? Quali i trattamenti possibili? Per rispondere a questi quesiti sono stati reperiti articoli scientifici dalla banca dati PubMed combinando tra loro le seguenti parole chiave secondo la logica booleana: *“child abuse”, “adult survivors of child abuse”, “stress disorder, post-traumatic”* e *“therapy”*. Sono stati selezionati 22 articoli pertinenti in lingua inglese dal 2010 ad oggi. Tra i fattori associati allo sviluppo del DPTS in soggetti con storie di abusi compaiono principalmente il sesso femminile, l'evitamento, un'età superiore ai 12 anni al momento dell'evento e la combinazione tra assistere ed essere vittima di episodi di violenza. La resilienza e un adeguato supporto sociale, al contrario, sembrano essere fattori protettivi. In soggetti con diagnosi di DPTS in seguito ad abusi subiti durante la minor età, si osservano alterazioni a livello di corpo calloso, amigdala ed ippocampo. Ancora oggi si conosce poco circa i trattamenti possibili per i soggetti analizzati, sottolineando come questo argomento possa essere ulteriormente indagato. Una volta che il minore giunge in pronto soccorso il primo contatto avviene con l'infermiere di triage il quale, dopo aver assegnato un codice giallo, riveste un ruolo importante nell'osservare il minore e nell'instaurare una comunicazione efficace per permettere di porre un primo sospetto diagnostico.

## CAPITOLO I - L'ABUSO SUI MINORI

### 1.1 Definizione di abuso sui minori

L'abuso sui minori rappresenta un grave e diffuso problema sociale, sebbene esso sia poco conosciuto e scarsamente segnalato.

Per abuso all'infanzia e maltrattamento debbono intendersi tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportino un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere. (OMS, 2002)

Avviene in diversi contesti e gli autori del maltrattamento ai danni del bambino possono essere: genitori ed altri membri della famiglia, persone che si prendono cura del minore, amici, conoscenti, estranei, persone con posizione di autorità (es: insegnanti, medici, ecclesiastici, agenti di polizia), operatori dei servizi socio-sanitari o altri minori. Le forme di violenza alle quali il minore è esposto variano in relazione all'età ed allo stadio di sviluppo. I neonati ed i bambini sono maggiormente esposti agli abusi da parte dei membri familiari a causa della loro dipendenza dagli adulti e dalle limitate interazioni sociali al di fuori dell'ambiente domestico.<sup>1</sup> Con l'aumento dell'indipendenza i minori trascorrono più tempo fuori casa diventando quindi più spesso vittime di estranei. Gli autori e le forme di violenza variano quindi in modo più ampio. La gravità della violenza e delle sue conseguenze varia in modo vasto. Nella maggior parte dei casi le lesioni fisiche hanno un significato minore, in termini di benessere del minore, se paragonate alle gravi conseguenze sul piano psicologico e psichiatrico.

---

<sup>1</sup>Boudreaux MC., Lord WD., (2005), Combating child homicide: preventing policing for the new millennium, *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4): 380-387.

## 1.2 Tipologie di abuso

Le forme di abuso sui minori possono essere classificate in:

- Abuso fisico: uso intenzionale della forza fisica che produce un danno alla salute, allo sviluppo o alla dignità del minore. Questo tipo di violenza può portare, in casi estremi, alla morte ma più spesso causa disabilità o lesioni importanti. L'abuso fisico include: colpire, percuotere, prendere a calci, mordere, strangolare, bruciare, avvelenare e soffocare. Gran parte della violenza in ambito domestico viene inflitta con lo scopo di punire. La punizione corporale è stata definita come: "qualsiasi punizione nella quale la forza fisica viene usata con lo scopo di causare una qualche forma di dolore o disagio, seppure lieve".<sup>2</sup>
- Abuso sessuale: coinvolgimento di un minore in atti sessuali che non comprende completamente, per i quali non è in grado di acconsentire o non ha ancora raggiunto un livello di sviluppo adeguato. L'OMS stima che circa centocinquanta milioni di ragazze e settantatré milioni di ragazzi minori di anni diciotto, siano forzati a rapporti sessuali o altre forme di violenza sessuale che includono il contatto fisico.<sup>3</sup> Le forme di abuso sessuale includono: relazioni etero/omosessuali complete, giochi sessuali, pornografia, prostituzione, attentati al pudore ed atti che si servono del minore per procurare piacere sessuale a sé e all'eventuale partner e le mutilazioni genitali femminili.
- Abuso psicologico: comprende sia incidenti isolati, sia situazioni in cui chi si occupa del bambino non gli fornisce un ambiente appropriato e di supporto per il suo sviluppo. Abusi di questo tipo comprendono: la limitazione dei movimenti, il denigrare, l'incolpare, il minacciare, l'intimidire, il discriminare, il rifiutare ed altre forme non fisiche di trattamento ostile.

---

<sup>2</sup>Committee on the Rights of Child, (2006), General Comment No.8. The right of the child to protection from corporal punishment and other cruel or degrading forms of punishment, (articles 19, 28(2) and 37, inter alia), CRC/C/GC/8, para 11.

<sup>3</sup>WHO, (2006), Global estimates of health consequences due to violence against children. Background paper to the UN secretary-general's study on violence against children, Geneva.

Questo tipo di violenza è spesso accompagnato ad altre forme di abuso. È stata dimostrata infatti una stretta correlazione tra violenza psicologica e fisica in ambienti domestici violenti.<sup>4</sup>

- Grave trascuratezza/patologia delle cure:

- *Incuria*: omissione di cure nei confronti del bambino (il genitore è disattento verso i bisogni del minore e può rifiutarsi, ad esempio, di nutrirlo o cambiarlo);
- *Discuria*: le cure vengono fornite in maniera distorta o inadeguata all'età;
- *Ipercure*: le cure vengono fornite in modo eccessivo. La forma più grave è la Sindrome di Munchausen per procura, rinominata "Disturbo fittizio provocato ad altri"<sup>5</sup>. Questa condizione è «caratterizzata da patologie multiple [...] denunciate come presenti nella storia clinica del bambino, da una sintomatologia persistente o ricorrente [...] raccontata dalla madre (più frequentemente) o dal padre e da un conseguente accanimento terapeutico, che non trova giustificazione alcuna».<sup>6</sup> Il fine è quello di attirare l'attenzione da parte degli operatori sanitari.

### **1.3 Riferimenti legislativi**

La legislazione nazionale relativa all'abuso sessuale sui minori si compone di una serie di leggi e articoli del Codice Penale e Civile che, anche sulla base della legislazione in ambito europeo ed internazionale, provano a tutelare la persona minorenni e indicano le sanzioni per i reati.

---

<sup>4</sup>Dube SR et al., (2002), Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services, *Violence and Victims*, Feb,17(1): 3-17.

<sup>5</sup>APA, (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione, DSM-5, Milano, Raffaello Cortina Editore.

<sup>6</sup>Fornari U., (2015), *Trattato di psichiatria forense*, Milano, UTET Giuridica.

In Italia il riferimento principale è la Legge n.66 del 15 febbraio 1996 (“Norme contro la violenza sessuale”) che non ha solo trasformato il reato di abuso sessuale da reato contro la “moralità pubblica e il buon costume” in un reato contro la persona, ma ha anche introdotto i reati di violenza sessuale (art.609 bis del c.p.), di atti sessuali con minorenne (art.609 quater del c.p.), di corruzione di minorenne (art.609 quinquies del c.p.) e di violenza sessuale di gruppo (art.609 octies del c.p.). Solo successivamente, con la legge 269/1998 contro lo “Sfruttamento della prostituzione, della pornografia e del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù”, si disciplinerà in maniera specifica la lotta allo sfruttamento sessuale dei minori. Con tale legge vengono introdotti i seguenti reati: prostituzione minorile (art.600-bis), pornografia minorile (art.600-ter), detenzione di materiale pornografico (art.600-quater), iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile (art.600-quinquies) e tratta di minori (art.601, comma 2) che completano le possibili fattispecie di abuso sessuale sui minori con l’aggiunta dei reati connessi alle nuove tecnologie e all’uso di internet.

## **CAPITOLO II - LE CONSEGUENZE DEGLI ABUSI E IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS**

### **2.1 Le conseguenze fisiche e psichiche degli abusi**

Le conseguenze degli abusi subiti dai minori possono avere impatto immediato o verificarsi nella tarda infanzia, nell'adolescenza o in età adulta. L'outcome a breve e a lungo termine nei bambini vittime di maltrattamento è molto variabile e dipende da diversi fattori: età del bambino, stadio di sviluppo raggiunto al momento del maltrattamento, tipo di violenza subita, eventuali lesioni, frequenza, durata, relazione con il perpetratore e dalla capacità di resilienza del minore. Lesioni organiche come un danno cerebrale possono avere implicazioni sullo sviluppo motorio, cognitivo e psicologico del minore così come un abuso psicologico può determinare un arresto nella produzione dell'ormone della crescita determinando un ritardo nella crescita staturale-ponderale. Le conseguenze di natura fisica maggiormente riscontrate riguardano:

- Malattie sessualmente trasmesse
- Disturbi cardiaci<sup>7</sup>
- Disturbi respiratori cronici<sup>8</sup>
- Disturbi epatici
- Danni cerebrali

Numerosi quadri patologici in età adulta, come cardiopatia ischemica, cancro, fibromialgia<sup>9</sup>, BPCO, sindrome dell'intestino irritabile nelle donne<sup>10</sup> e diabete di tipo 2<sup>11</sup>, sono in parte correlate ad esperienze di abuso subite durante l'infanzia.

---

<sup>7</sup>Shaoyong S., Jimenez MP., Roberts CTF., Loucks EB., (2015), The role of adverse childhood experiences in cardiovascular disease risk: a review with emphasis on plausible mechanisms, *Current Cardiology Reports*, 17(10): 88.

<sup>8</sup>Schreier et al., (2016), Child maltreatment and pediatric asthma: a review of literature, *Asthma Research and Practice*, 2:7.

<sup>9</sup>Hauser W., Hoffmann EM., Wolfe F., Worthing AB., Stahl N., Rothenberg R., Walitt B., (2015), Self-reported childhood maltreatment, lifelong traumatic events and mental disorders in fibromyalgia syndrome: a comparison of US and German outpatients, *Clinical and Experimental Rheumatology*, Jan-Feb, 33(1 Suppl 88): S86-92.

<sup>10</sup>Heitkemper M., Jarrett M., Taylor P., Walker E., Landenburger K., Bond EF., (2001), Effect of sexual and physical abuse on symptom experiences in women with irritable bowel syndrome, *Nursing research*, Jan-Feb, 50(1): 15-23.

<sup>11</sup>Schild et al., (2016), Childhood maltreatment as a risk factor for diabetes: findings from a population-based survey of Canadian adults, *BMC Public Health*, 16: 879.

Anche lo sviluppo cerebrale neuronale risulta compromesso determinando uno sviluppo fisico, mentale ed emozionale danneggiato.<sup>12</sup> Si riscontra, inoltre, una forte associazione tra abuso sessuale e sviluppo di dolore pelvico cronico nel sesso femminile e dismenorrea. Per quanto riguarda le conseguenze comportamentali alcuni bambini vittime di abusi manifestano, in adolescenza, forme di delinquenza, comportamenti antisociali, gravidanze indesiderate e uso di droghe. I minori vittime di abusi in aggiunta sembrano manifestare facilmente idee di suicidio. Le manifestazioni psichiatriche/psicologiche che presentano un'associazione con la violenza sessuale subita durante la minore età comprendono il disturbo borderline di personalità, stati dissociativi, depressione, anomalie della condotta alimentare e disturbi d'ansia. In alcuni soggetti lo stress causato dagli abusi cronici ed intra familiari sembra portare ad una risposta di iperarousal in alcune aree cerebrali causando iperattività, disturbi del sonno, ansia, difficoltà di concentrazione e memoria ed una maggior vulnerabilità al disturbo post-traumatico da stress.<sup>13</sup>

## **2.2 Il disturbo post-traumatico da stress**

Il DPTS è un invalidante disturbo d'ansia che presenta una forte associazione con l'abuso sessuale subito in età infantile. I sintomi caratteristici del disturbo interferiscono notevolmente con ciò che viene definito self-efficacy (autoefficacia), ovvero con la percezione che un soggetto ha delle proprie capacità di portare a termine con successo i compiti che si trova ad affrontare.

I pazienti che soffrono di un DPTS rischiano di sviluppare disturbi somatoformi, patologie cardiorespiratorie, patologie muscolo-scheletriche, patologie gastrointestinali e patologie del sistema immunitario.<sup>14 15</sup>

---

<sup>12</sup>Perry BD., (2002), Childhood experience and the expression of genetic potential: what childhood neglect tell us about nature and nurture, *Brain and Mind*, 3(1): 79-100.

<sup>13</sup>Bisson JL., Cosgrove S., Lewis C., Roberts NP., (2015), Post-traumatic stress disorder, *British Medical Journal*, 351: h6161.

<sup>14</sup>Schnurr PP., Green BL., Kaltman S., (2007), Trauma exposure and physical health. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, eds. *Handbook of PTSD: science and practice*, Guilford Press.

<sup>15</sup>Gupta MA., (2013), Review of somatic post-traumatic stress disorder, *International review of psychiatry (Abingdon, Englan)*, Feb, 25(1): 86-99.

È inoltre associato ad altri disturbi psichiatrici, ad un aumento del rischio di suicidio<sup>16</sup> ed a importanti ripercussioni sul piano economico.

La prevalenza di tale disturbo nel corso della vita varia dall' 1% al 4%.<sup>17</sup> I sintomi includono: ricordi invadenti e persistenti, rifiuto di stimoli associati all'evento, alterazioni negative nel comportamento e nel pensiero, iperarousal, incubi ricorrenti, reazioni dissociative, amnesie, convinzioni errate, scarso interesse nelle attività prima considerate piacevoli, disturbi del sonno, aspettative esagerate nei confronti di sé stessi, degli altri e del mondo.

Una diagnosi di DPTS può essere fatta in coloro i quali le normali funzioni risultino compromesse per almeno un mese. Le cause principali che portano allo sviluppo di questo disturbo d'ansia includono l'essere esposti in prima persona, l'assistere ad eventi traumatici esterni, il venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un familiare o ad un amico nonché l'essere a lungo esposti a dettagli dell'evento (es. polizia esposta a dettagli di abusi sui minori).

Gli eventi traumatici includono:

- Guerre
- Violenza fisica
- Violenza sessuale
- Venire derubati
- Essere presi in ostaggio
- Essere incarcerati come prigionieri di guerra
- Attacchi terroristici
- Torture
- Disastri naturali
- Gravi malattie
- Morte improvvisa.

---

<sup>16</sup>Sareen J., Cox BJ., Stein MB., Afifi TO., Fleet C., Asmundson GJG., (2007), Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behaviour associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample, *Psychosomatic Medicine*, 69: 242-8.

<sup>17</sup>APA, (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association.

Nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress l'approccio farmacologico sembra produrre risultati minori rispetto alla psicoterapia. Il trattamento farmacologico per il DPTS si basa sull'uso di SSRI come fluoxetina, sertralina, paroxetina che si rivelano particolarmente utili nella riduzione di sintomi associati al DPTS.<sup>18 19</sup>

Gli antipsicotici atipici vengono utilizzati come opzione nel trattamento dell'insonnia associata al disturbo. Gli antidepressivi, al contrario, non sembrano essere efficaci nel trattamento di questi sintomi. Farmaci come l'acido valproico ed il litio sono considerati trattamenti di terza linea. Infine interventi di auto-aiuto guidati, risultano efficaci per coloro ai quali è stato diagnosticato un DPTS.<sup>20</sup>

---

<sup>18</sup>Stein DJ., Seedat S., Van der Linden GJ et al., (2000), Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 15(Suppl 2): S31-S39.

<sup>19</sup>Stein DJ., Ispert JC., Seedat S., (2006), Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD), *The Cochrane database of systematic reviews*, CD002795.

<sup>20</sup>Lits BT., Engel CC., Bryant RA et al., (2007), A randomized, controlled proof-of-concept trial of an internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, Nov, 164: 1676-83.

## CAPITOLO III - MATERIALI E METODI

### 3.1 Obiettivi dello studio

Lo scopo della ricerca e dell'analisi effettuata è quello di reperire valida letteratura a sostegno dell'obiettivo dell'elaborato: analizzare la relazione tra gli abusi subiti durante la minore età e lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress in accordo con i fattori associati allo sviluppo di un DPTS in seguito agli abusi subiti, i fattori protettivi, le alterazioni neurologiche alla base di questa relazione ed i trattamenti possibili.

### 3.2 Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca individuati nel seguente elaborato sono:

- Quali sono i fattori associati allo sviluppo di un DPTS nei soggetti che hanno subito abusi durante la minore età?
- Esistono alterazioni neurologiche alla base di questa relazione?
- Esistono fattori protettivi?
- Quali i trattamenti possibili?

### 3.3 Criteri di ricerca

Per questo elaborato sono stati ricercati articoli nella banca dati PubMed. Sono state individuate le seguenti parole chiave per effettuare la ricerca bibliografica: "*child abuse*", "*adult survivors of child abuse*", "*stress disorder, post-traumatic*", "*therapy*". Le parole chiave sono state inserite nella banca dati combinate in diverse stringhe di ricerca attraverso l'uso degli operatori booleani. Per restringere l'ambito di ricerca sono stati applicati i seguenti filtri:

- Disponibilità del testo: abstract, full text
- Data di pubblicazione: 10 anni

Escludendo:

- Pubblicazioni che trattano il DPTS in pazienti che hanno subito traumi diversi dagli abusi infantili (es. guerre, incidenti, torture)
- Pubblicazioni che trattano altri disturbi psichiatrici correlati agli abusi subiti durante la minore età (es. disturbo borderline di personalità, abuso di sostanze, disturbo bipolare)

### 3.4 Risultati di ricerca

La ricerca bibliografica in PubMed ha permesso di individuare 64 articoli potenzialmente interessanti. L'applicazione dei criteri sopra elencati ha determinato la selezione finale di 22 articoli.

Tabella 1. Risultati della ricerca bibliografica in PubMed

MESH TERMS	RISULTATI	SELEZIONATI PER ABSTRACT	ARTICOLI
"Child Abuse" AND "Stress Disorders, Post-Traumatic"	700	33 articoli	13 articoli "Depression and post-traumatic stress disorder in child victims of sexual abuse: perceived social support as a protection factor"; "[Frequency and Type of Traumatic Events in Children and Adolescents with a Posttraumatic Stress Disorder]"; "A longitudinal Study of several potential mediators of the relationship between child maltreatment and posttraumatic stress disorder symptoms"; "Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors"; "Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation"; "Corpus callosum in maltreated children with posttraumatic stress disorder: a diffusion tensor imaging study"; "Morphologic alterations in the corpus callosum in abuse-related posttraumatic stress disorder: a preliminary study"; "Amygdala, Hippocampus, and Ventral Medial Prefrontal Cortex Volumes Differ in maltreated Youth with and without Chronic Posttraumatic Stress Disorder"; "Abnormalities of white matter integrity in the corpus callosum of adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: a DTI study";

			<p>“Posterior structural brain volumes differ in maltreated youth with and without chronic posttraumatic stress disorder”;</p> <p>“White matter integrity and its relationship to PTSD and childhood trauma—a systematic review and meta-analysis”.</p> <p>“[A model of the effects of child sexual abuse on post-traumatic stress: the mediating role of attributions of blame and avoidance coping]”;</p> <p>“Witnessing versus experiencing direct violence in childhood as correlates of adult PTSD”.</p>
<p>“Adult survivors of Child Abuse” AND “Stress Disorders, Post-Traumatic”</p>	228	10 articoli	<p>4 articoli:</p> <p>“Evidence for smaller amygdala volumes in posttraumatic stress disorder following childhood trauma”;</p> <p>“The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults”;</p> <p>“A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up”;</p> <p>“Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis”.</p>
<p>“Child Abuse” AND “Stress Disorders, Post-Traumatic” AND “therapy” [Subheading]</p>	200	21 articoli	<p>5 articoli:</p> <p>“Cognitive behavioral group therapy for sexually abused girls”;</p> <p>“Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents”;</p> <p>“Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial”;</p> <p>“Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: results from a randomized clinical trial”;</p>

			“Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review”.
--	--	--	--

## CAPITOLO IV: RISULTATI

Sono stati selezionati 22 articoli in lingua inglese:

- a) Fattori associati allo sviluppo del DPTS in soggetti abusati durante la minor età: studi <sup>21 22 23 24 25 26</sup>;
- b) Fattori protettivi: studi <sup>23 27 28 29</sup>;
- c) Alterazioni neurologiche alla base della relazione tra abuso sui minori e DPTS: studi <sup>30 31 32 33 34 35 36 37</sup>;
- d) Trattamenti possibili: studi <sup>38 39 40 41 42</sup>.

### 4.1 Fattori associati

Nella popolazione generale, il rischio per le donne di sviluppare un DPTS nel corso della propria vita è due volte superiore rispetto agli uomini. Tre studi concordano nell'affermare che le donne sono più soggette a sviluppare tale disturbo anche in seguito ad abusi subiti durante l'infanzia. In uno studio prospettico, sono state analizzate le differenze sessuali in un campione di 676 individui con storie documentate di abusi e trascuratezza seguiti in età adulta per un disturbo post-traumatico da stress. Koenen et al. (2009) hanno dimostrato che le donne, per tutti i tipi di abusi, sviluppano un DPTS fino a due volte più facilmente rispetto agli uomini. Nello specifico i soggetti di sesso femminile sembrano sviluppare tale disturbo con più facilità per quanto riguarda una specifica categoria di abusi, l'abuso sessuale.<sup>21</sup> Il rischio di sviluppare un DPTS in donne sessualmente abusate è fino a quattro volte superiore che nei maschi. La maggior rivittimizzazione delle donne spiegherebbe la sostanziale differenza (39%) nel rischio di DPTS rispetto agli uomini.

---

<sup>21</sup>Koenen KC., Widom CS., (2009), A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up, Journal of traumatic stress, Dec 22, (6): 566-74.

In uno studio condotto su un campione di 159 bambini ed adolescenti tra i 7 e i 16 anni, sono stati esaminati: frequenza di eventi traumatici, tipi di trauma e la loro relazione con il disturbo post-traumatico da stress ed il genere sessuale.<sup>22</sup> Il campione è stato valutato tramite la *Clinician-Administered PTSD Scale*. Lo studio di Loos et al. (2015) mostra una grande differenza nella gravità di sintomi nei bambini e negli adolescenti che hanno subito un abuso sessuale rispetto ad una violenza fisica. Nello specifico, una maggior gravità di sintomi è stata riscontrata nelle femmine rispetto ai maschi soprattutto in relazione all'abuso sessuale, ai traumi extra-familiari e al ruolo di vittima. In uno studio trasversale condotto su un campione di studenti di scuola superiore in una provincia del Quebec (Canada), il 15,2% delle femmine ed il 4,4% dei maschi ha riportato una storia di abuso sessuale durante l'infanzia.<sup>23</sup> I partecipanti sono stati invitati a completare una serie di autovalutazioni circa le esperienze di abuso sessuale, sintomi post-traumatici e fattori protettivi. Lo studio di Hébert et al. (2014) ha dimostrato che le ragazze abusate (27,8%) sono più predisposte a sviluppare sintomi relativi al DPTS rispetto ai ragazzi (14,9%).

Due studi concordano nel considerare l'*evitamento* un fattore associato allo sviluppo del disturbo indagato. In uno studio condotto su un campione di 163 studentesse universitarie che sono state vittime di abusi infantili, si è voluto indagare il ruolo dell'evitamento nella comparsa di sintomi associati al DPTS.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup>Loos S., Wolf S., Tutus D., Goldbeck L., (2015), [Frequency and Type of Traumatic Events in Children and Adolescents with a Posttraumatic Stress Disorder], *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(8): 617-33.

<sup>23</sup>Hébert M, Lavoie F., Blais M., (2014), Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors, *Ciencia & saude coletiva*, Mar, 19(3): 685-94.

<sup>24</sup>Cantón-Cortés D., Cantón J., Justicia F., Cortés MR., (2011), [A model of the effects of child sexual abuse on post-traumatic stress: the mediating role of attributions of blame and avoidance coping], *Psicothema*, Feb, 23(1): 66-73.

Ai soggetti è stato somministrato un questionario sugli abusi sessuali infantili per identificare le vittime di abuso e le caratteristiche degli eventi. I soggetti hanno poi completato le scale per valutare: strategie di evitamento, iper-reattività e ri-sperimentazione del trauma. I risultati dello studio hanno evidenziato la relazione tra strategie di evitamento ed una maggior frequenza di sintomi associati al DPTS. Uno studio longitudinale condotto su un campione di 110 adolescenti femmine tra i 14 e i 19 anni (51 maltrattate e 59 non maltrattate) ha analizzato tre potenziali fattori che mediano la relazione tra maltrattamento e sintomi relativi al DPTS: l'aritmia sinusale respiratoria, la secrezione del cortisolo e l'evitamento.<sup>25</sup> Le adolescenti in gravidanza (n=6) sono state escluse dallo studio. Shenk et al. (2014) hanno dimostrato che l'evitare ricordi, immagini e sentimenti relativi all'esperienza traumatica è direttamente correlato allo sviluppo di un DPTS. I bambini che si impegnano nel ricordare e affrontano sentimenti relativi agli eventi traumatici con consapevolezza ed accettazione sviluppano con più difficoltà un disturbo post-traumatico da stress.

Uno studio retrospettivo condotto su un campione di 79 pazienti inclusi nel *programma per le vittime di violenza* del dipartimento di psichiatria dell'università federale di Saõ Paulo (Brasile) ha indagato la presenza di sintomi riconducibili al DPTS in età adulta in seguito ad abusi sessuali prima dei 18 anni tramite l'uso della Clinician-Administered PTSD Scale e dell'Early Trauma Inventory.<sup>26</sup> Sono stati inclusi nello studio solo pazienti i cui sintomi corrispondevano ai criteri stabiliti dal DSM-IV (APA,1994) per il DPTS. Dallo studio di Schoedl et al. (2010) è emerso che il rischio di mostrare sintomi è di circa dieci volte superiore nei pazienti che hanno riportato abusi sessuali dopo i 12 anni.

---

<sup>25</sup>Shenk CE., Putnam FW., Rausch JR., Peugh JL., Noll JG., (2014), A longitudinal study of several potential mediators of the relationship between child maltreatment and posttraumatic disorder symptoms, *Development and psychopathology*, 26(1): 81-91.

<sup>26</sup>Shoedl AF., Costa MC., Mari JJ., Mello MF., Tyrka AR., Carpenter LL., Price LH., (2010), The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults, *Journal of child sexual abuse*, Mar, 19(2): 156-70.

Uno studio dell'Università del Michigan (USA), condotto su un campione di 1581 donne in stato di gravidanza (età media=26 anni), ha esaminato la differenza tra assistere ad episodi di violenza e l'essere vittima di violenza (in età infantile), nello sviluppo del DPTS.<sup>27</sup> I risultati dimostrano che le donne esposte sia a forme dirette che indirette di violenza, hanno una maggior probabilità di sviluppare un DPTS durante la propria vita. In aggiunta, lo studio dimostra che il solo assistere non pregiudica una diagnosi di DPTS, cosa che avviene per l'abuso da solo. La combinazione di entrambe le situazioni (assistere e sperimentare in prima persona) aumenta notevolmente il rischio di sviluppare un DPTS nel corso della vita.

#### **4.2 Fattori protettivi**

Il supporto sociale sembra essere un importante fattore protettivo contro il disturbo post-traumatico da stress negli individui esposti ai traumi. Uno studio condotto su un campione totale di 182 vittime di abuso sessuale tra i 6 e i 18 anni, ha analizzato l'effetto di un adeguato supporto sociale nel prevenire sintomi correlati al disturbo studiato.<sup>28</sup> Per accertare lo stato psicologico dei soggetti è stato utilizzato il *Child Posttraumatic Stress Reaction Index*. Per misurare il supporto sociale è stata invece utilizzata la *Perceived Social Support Scale-Revised*. Lo studio di Aydin et al. (2016) ha dimostrato che valori bassi in termine di supporto sociale sono associati, nelle ragazze, ad elevati valori nella *child posttraumatic reaction index* e quindi all'insorgenza di un disturbo post-traumatico da stress.

---

<sup>27</sup>Kulkarni MR., Graham-Bermann S., Rauch SA., Seng J., (2011), Witnessing versus experiencing direct violence in childhood as correlates of adult PTSD, *Journal of interpersonal violence*, Apr, 26(6): 1264-81.

<sup>28</sup>Aydin B., Akbas S., Turla A., Dundar C., (2016), Depression and post-traumatic stress disorder in child victims of sexual abuse: perceived social support as a protection factor, *Nordic journal of psychiatry*, Aug, 70(6): 418-23.

Uno studio condotto su un campione di convenienza di 787 partecipanti provenienti da 5 scuole pubbliche secondarie a Cape Town in Sud Africa ai quali sono stati somministrati dei questionari, ha esaminato la capacità della resilienza di mediare tra fattori di rischio e sviluppo di un DPTS.<sup>29</sup> Dallo studio è emerso che l'effetto indipendente dell'abuso infantile sui sintomi associati al DPTS viene ridotto notevolmente dall'aumento della capacità di ripresa (resilienza). Fincham et al. (2009) hanno dimostrato come alti livelli di resilienza possano tamponare gli effetti negativi derivati da un abuso subito durante l'infanzia. Lo studio di Hébert et al. (2014) ha esaminato il contributo della resilienza, del supporto della famiglia (madre e padre) e del supporto extra-familiare (pari e altri adulti) nel prevenire sintomi associati al DPTS. I risultati, ottenuti da un modello di regressione logistica, hanno mostrato come la resilienza possa prevenire la comparsa di sintomi associati al disturbo.

### **4.3 Alterazioni neurologiche**

I soggetti che presentano un disturbo post-traumatico da stress in seguito ad abusi subiti durante l'infanzia, mostrano alterazioni morfologiche in determinate zone del corpo calloso. Cinque studi hanno dimostrato alterazioni nel corpo calloso in soggetti con storia di abusi infantili. Uno studio dell'Università di Yale (CT), condotto su un campione di 32 bambini (17 maltrattati con DPTS dovuto ad abusi intra-familiari e 15 soggetti sani), ha valutato l'integrità della materia bianca nel corpo calloso tramite l'analisi di immagini ottenute tramite tensore di diffusione.<sup>30</sup> Soggetti maltrattati con DPTS hanno mostrato una riduzione di anisotropia frazionaria nella porzione mediana e posteriore del corpo calloso.

---

<sup>29</sup>Fincham DS., Altes LK., Stein DJ., Seedat S., (2009), Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation, *Comprehensive psychiatry*, May-Jun, 50(3): 193-9.

<sup>30</sup>Jackowski AP., Douglas-Palumberi H., Jackowski M., Win L., Schultz RT., Staib LW., Krystal JH, Kaufman J., (2008), Corpus callosum in maltreated children with posttraumatic stress disorder: a diffusion tensor imaging study, *Psychiatry research*, Apr 15, 162(3): 256-61.

In uno studio preliminare condotto dall'Università di Emory (GA) sono state misurate, tramite imaging a risonanza magnetica, l'area medio-sagittale ed altre sottoregioni del corpo calloso in un campione formato da 9 donne con DPTS dovuto ad abusi infantili (età media= 37,8 anni) e da 9 donne senza sintomi associati al disturbo studiato o ad altri disturbi psichiatrici (età media= 36,8 anni).<sup>31</sup> I risultati ottenuti dimostrano che i soggetti con DPTS mostrano alterazioni nella parte posteriore del corpo, mentre non sono state rilevate alterazioni nell'area totale del corpo calloso o nelle diverse sottoregioni. In uno studio trasversale sono state esaminate, tramite RM, misure anatomiche e volumetriche e misure del corpo calloso, in un campione totale di 132 soggetti giovani (38 maltrattati con disturbo post-traumatico da stress, 35 senza diagnosi di DPTS e 59 non maltrattati) tra i 6 e i 16 anni.<sup>32</sup> De Bellis et al. (2015) hanno dimostrato che minori con DPTS dovuto a maltrattamenti, non solo mostrano volumi minori di materia grigia cerebrale e cerebellare posteriore, ma anche una diversa microstruttura posteriore nel corpo calloso. In uno studio olandese, condotto su un campione composto da 20 adolescenti con DPTS causato da abusi sessuali infantili e da 20 soggetti sani, è stata analizzata l'anisotropia frazionaria nel fasciculus uncinato, nel genu, nello splenium, nel cingulum e nel tronco del corpo calloso.<sup>33</sup> Gli adolescenti con DPTS dovuto ad abusi sessuali infantili hanno mostrato una riduzione di anisotropia frazionaria nel genu e nello splenium del corpo calloso e anomalie nell'integrità del corpo sinistro del corpo calloso.

---

<sup>31</sup>Kitayama N., Brummer M., Hertz L., Quinn S., Kim Y., Bremner JD., (2007), Morphologic alterations in the corpus callosum in abuse-related posttraumatic stress disorder: a preliminary study, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Dec, 195(12): 1027-2019.

<sup>32</sup>De Bellis MD., Hooper SR, Chen SD, Provenzale JM, Boyd BD, Glessner CE, MacFall JR, Payne ME, Rybczynski R, Woolley DP, (2015), Posterior structural brain volumes differ in maltreated youth with and without chronic posttraumatic stress disorder, *Development and psychopathology*, Nov, 27(4 Pt 2): 1555-76.

<sup>33</sup>Rinne-Albers MA., van der Werff SJ., van Hoof MJ., van Lang ND., Lamers-Winkelmann F., Rombouts SA., Vermeiren RR., van der Wee NJ., (2016), Abnormalities of white matter integrity in the corpus callosum of adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: a DTI study, *European child & adolescent psychiatry*, Aug, 25(8): 869-78.

In una revisione sistematica sono stati selezionati 25 articoli: 10 sul DPTS nei bambini e sugli effetti dei traumi infantili, 7 sugli effetti dei traumi infantili in età adulta e 8 sul DPTS negli adulti.<sup>34</sup> Sono state riportate, più spesso, riduzioni nel volume di materia bianca rispetto ad aumenti. Daniels et al. (2013) hanno condotto una meta-analisi di sette studi basati sulle misurazioni di immagini ottenute tramite tensore di diffusione. Sono stati riscontrate alterazioni significative in varie strutture, specialmente nel cingulum e nello splenio del corpo calloso.

Soggetti con disturbo post-traumatico da stress da abusi infantili mostrano volumi più piccoli dell'ippocampo e dell'amigdala. Tre studi concordano nell'affermare che tali alterazioni neurologiche sono alla base dello sviluppo del disturbo studiato in soggetti abusati durante la minor età. Uno studio condotto in Olanda su un campione di 24 soggetti femminili (12 pazienti con DPTS sviluppato in seguito ad abusi fisici, sessuali e psicologici e 12 soggetti sani) ha analizzato, tramite immagini T1 pesate nell'esame RM, i volumi e le forme di amigdala ed ippocampo.<sup>35</sup> Dallo studio di Veer et al. (2015) è emerso che le pazienti con DPTS mostrano volumi inferiori nella parte destra dell'amigdala e differenze nei nuclei superficiali e basolaterali. Una meta-analisi, condotta al fine di determinare i volumi di amigdala ed ippocampo in soggetti adulti e bambini con DPTS dovuto a maltrattamenti infantili, ha prodotto risultati interessanti.<sup>36</sup> Volumi bilaterali ridotti dell'ippocampo sono stati individuati nei soggetti adulti con DPTS ma non nei bambini, suggerendo che tali deficit appaiono solo in età adulta.

---

<sup>34</sup>Daniels JK., Lamke JP., Gaebler M., Walter H., Scheel M., (2013), White matter integrity and its relationship to PTSD and childhood trauma—a systematic review and meta-analysis, *Depression and anxiety*, Mar, 30(3): 207-16.

<sup>35</sup>Veer IM., Oei NY., van Buchem MA., Spinhoven P., Elzinga BM., Rombouts SA., (2015), Evidence for smaller right amygdala volumes in posttraumatic stress disorder following childhood trauma, *Psychiatry research*, Sep, 233(3): 436-42.

<sup>36</sup>Woon FL., Hedges DW., (2008), Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis, *Hippocampus*, 18(8): 729-36.

Uno studio trasversale è stato condotto su un campione formato da 31 giovani maltrattati con DPTS, 32 senza DPTS e 57 volontari al fine di valutare, tramite RM, i volumi di ippocampo e amigdala.<sup>37</sup> Giovani maltrattati con DPTS sembrano diversi dal punto di vista neurobiologico rispetto a soggetti senza DPTS ed ai volontari. Essi mostrano infatti volumi ridotti nella parte destra della corteccia prefrontale ventromediale, una complessa struttura cerebrale con diverse funzioni tra cui la regolazione delle emozioni e la capacità di decisione. Soggetti senza DPTS e volontari mostrano volumi maggiori di amigdala ed ippocampo rispetto ai soggetti con disturbo post-traumatico da stress. Sintomi relativi al disturbo sono, quindi, inversamente correlati ai volumi di entrambe le strutture.

#### **4.4 Trattamenti possibili**

Il disturbo post-traumatico da stress può essere affrontato clinicamente in diversi modi. I trattamenti principali includono, oltre alla terapia farmacologica, l'art therapy, la scrittura espressiva, la terapia psicodinamica e la terapia cognitivo-comportamentale. Ad oggi, la terapia cognitivo-comportamentale risulta essere la più efficace. Scopo della terapia cognitivo-comportamentale è aiutare il soggetto ad identificare e controllare pensieri e convinzioni negative. Questo tipo di terapia, utile anche nel trattamento di altri disturbi d'ansia, presenta quattro elementi comuni: la psicoeducazione, il rilassamento, la regolazione delle emozioni e l'esposizione. La *Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT) è considerata una delle terapie più efficaci nel trattare i bambini con disturbo post-traumatico da stress. Si tratta di un trattamento breve di circa 12 sedute.

---

<sup>37</sup>Morey RA., Haswell CC., Hooper SR., De Bellis MD., (2016), Amygdala, Hippocampus, and Ventral Medial Prefrontal Cortex Volumes Differ in Maltreated Youth with and without Chronic Posttraumatic Stress Disorder, *Neuropsychopharmacology*, Feb, 41(3): 791-801.

Il trattamento include 9 componenti: la psicoeducazione, ovvero indicazioni ai genitori su come comportarsi per facilitare l'adattamento emotivo del bambino, strategie di rilassamento, tecniche di modulazione delle emozioni, le strategie di coping cognitive, la narrazione del trauma, l'esposizione, le sessioni che coinvolgono bambini e genitori e gli incontri sul senso di sicurezza.<sup>38</sup> In una revisione sistematica sono stati inclusi 26 studi randomizzati controllati e 7 studi controllati non randomizzati pubblicati tra il 2000 ed il 2012.<sup>39</sup> I campioni di tali studi includevano bambini maltrattati ed abusati sessualmente. I risultati della revisione hanno dimostrato l'efficacia della TF-CBT nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress in bambini che hanno vissuto maltrattamenti. La psicoterapia di gruppo cognitivo comportamentale è un tipo di psicoterapia che ha lo scopo di aiutare le persone a migliorare la capacità di far fronte alle difficoltà e ai problemi della vita. Questa terapia mira a ridurre i sintomi associati a depressione, ansia ed al disturbo post-traumatico da stress. Uno studio clinico non randomizzato con confronto tra gruppi nell'arco del tempo è stato condotto su un campione di 40 bambini ed adolescenti tra i 9 e i 16 anni con almeno una storia di abuso sessuale (intra/extra-familiare) nell'area metropolitana di Porto Alegre (Brasile).<sup>40</sup> Una parte dei partecipanti è stata trattata immediatamente dopo aver riportato l'abuso, mentre la maggior parte di essi è stata messa in lista d'attesa. Dopo un incontro individuale, i partecipanti sono stati indirizzati verso una terapia di gruppo. Nell'arco di tre anni si sono formati 10 gruppi (da 4, 5 e 6 partecipanti) coordinati da uno psicologo. La terapia di gruppo è stata organizzata in 16 sessioni settimanali.

---

<sup>38</sup>Dorsey S., Briggs EC., Woods BA., (2011), Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents, *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, Apr, 20(2): 255-69.

<sup>39</sup>Leenarts LE., Diehle J., Doreleijers TA., Jansma EP., Lindauer RJ., (2013), Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review, *European child and adolescent psychiatry*, May, 22(5): 269-83.

<sup>40</sup>Habigzang LF., Stroehrer FH., Hatzenberger R., Cunha RC., Ramos Mda S., Koller SH., (2009), Cognitive behavioural group therapy for sexually abused girls, *Revista de saude publica*, Aug;43 Suppl 1: 70-8.

Lo studio ha evidenziato l'efficacia della terapia di gruppo cognitivo-comportamentale nel ridurre i sintomi relativi al DPTS (ipervigilanza e sintomi di evitamento).

La terapia dialettico comportamentale (*Dialectical Behavior Therapy*) è un trattamento cognitivo comportamentale ideato da Marsha Linehan consistente in una combinazione di psicoterapia individuale, uno skills training di gruppo, una consultazione telefonica ed un team di consultazione tra terapeuti. Questo tipo di terapia, oltre a rappresentare il trattamento d'elezione per il disturbo borderline di personalità, può essere utilizzata per il trattamento di altre condizioni come i disturbi alimentari, l'abuso di sostanze, il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo post-traumatico da stress. Uno studio clinico randomizzato condotto su un campione di 74 pazienti femmine con DPTS dovuto a maltrattamenti durante l'infanzia ha analizzato l'efficacia di un trattamento basato sulla combinazione tra principi appartenenti alla terapia dialettico comportamentale ed interventi caratteristici della TF-CBT.<sup>41</sup> Bohus et al. (2013) hanno dimostrato che un nuovo programma capace di combinare i principi della terapia dialettico comportamentale e della TF-CBT risulta essere un trattamento efficace nel DPTS in seguito a maltrattamenti infantili anche in soggetti che presentano, oltre al disturbo d'ansia analizzato, un disturbo borderline di personalità.

La scrittura espressiva può essere un utile strumento per rielaborare l'impatto emotivo di eventi traumatici come gli abusi subiti durante l'infanzia. La scrittura espressiva è una tecnica di scrittura, della durata di circa 15-45 minuti, tramite la quale i soggetti esprimono i propri pensieri e sentimenti più profondi.

---

<sup>41</sup>Bohus M., Dyer AS., Priebe K., Krüger A., Kleindienst N., Schmahl C., Nietdfeld I., Steil R., (2013), Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial, *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4): 221-33.

Questa tecnica di scrittura si è rivelata particolarmente efficace nel trattamento della depressione e del DPTS. In uno studio clinico randomizzato 70 donne con storie di abuso sessuale durante l'infanzia hanno completato 5 sessioni di scrittura espressiva della durata di 30 minuti ciascuna.<sup>42</sup> I soggetti sono stati poi rivalutati in seguito alle sessioni di scrittura (2 settimane dopo, 1 mese dopo, 6 mesi dopo). Lo studio di Meston et al. (2013) ha mostrato che i soggetti inclusi in sessioni di scrittura espressiva mostrano una riduzione di sintomi associati al DPTS. Una riduzione di sintomi è stata osservata sia nel gruppo di scrittura focalizzata sul trauma, sia nel gruppo in cui la scrittura si è focalizzata sulla funzione sessuale sottolineando l'efficacia di questo trattamento facilmente accessibile e facile da condurre.

---

<sup>42</sup>Meston CM., Lorenz TA., Stephenson KR., (2013), Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: results from a randomized clinical trial, *The journal of sexual medicine*, Sep, 10(9): 2177-89.



## CAPITOLO V - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'abuso sui minori costituisce un grave e diffuso problema sociale, sebbene esso sia ancora misconosciuto e scarsamente segnalato. Il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (abuso fisico, sessuale, psicologico, ipercura) od in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono). Qualsiasi forma di violenza, in particolare quella sessuale, costituisce sempre un attacco destabilizzante alla personalità in formazione di un bambino, provocando gravi conseguenze a breve, medio e lungo termine. Il trauma, se non rilevato, diagnosticato e curato, può produrre disturbi psicopatologici nell'età adulta. L'abuso nei bambini è un evento percepito come altamente minaccioso dalla vittima e, quando tale minaccia si ripete nel tempo o è causata da un familiare, può portare all'insorgenza di un disturbo post-traumatico da stress. Con questa tesi si è presa in considerazione la relazione tra gli abusi subiti durante la minor età e l'insorgenza del disturbo post-traumatico da stress analizzando i fattori associati allo sviluppo del disturbo d'ansia, i fattori protettivi, le alterazioni neurologiche alla base di questa relazione ed i trattamenti possibili. Gli studi che si sono interessati della relazione tra gli abusi infantili e il DPTS negli ultimi 10 anni sono risultati pochi, facendo emergere come questo argomento possa essere ulteriormente indagato. Tra i fattori maggiormente associati allo sviluppo del DPTS nei soggetti abusati durante la minor età compare, in letteratura, il sesso femminile. Le donne con storie di abusi sembrano sviluppare con più facilità un DPTS soprattutto per una specifica categoria di abuso: l'abuso sessuale. Anche l'evitare di ricordare luoghi, situazioni, immagini relative all'evento traumatico aumenta il rischio di comparsa del disturbo nei soggetti con storie di abuso prima dei 18 anni, così come avere più di 12 anni al momento dell'evento traumatico e la combinazione tra assistere ed essere vittima di violenze. Dall'analisi della letteratura è emerso come un adeguato supporto sociale e la resilienza possano ostacolare lo sviluppo del disturbo analizzato sottolineando il ruolo importante delle istituzioni sociali nella prevenzione della comparsa del disturbo. Diverse alterazioni neurologiche sono state riscontrate nei soggetti abusati durante la minor età con diagnosi di DPTS. Le principali alterazioni sembrano coinvolgere principalmente il corpo calloso (parte posteriore, cingulum, splenium) ed i volumi di amigdala (parte del cervello che gestisce le emozioni ed

in particolar modo la paura) ed ippocampo. Gli studi riguardanti i trattamenti possibili per il disturbo post-traumatico da stress in soggetti con storie di abusi infantili, in letteratura, sono carenti. Dall'analisi effettuata il trattamento più efficace risulta essere la terapia cognitivo-comportamentale ed in particolar modo la trauma-focused cognitive behavioral therapy, anche se altri tipi di trattamenti, come un trattamento basato sulla combinazione tra terapia dialettico comportamentale e TF-CBT e la scrittura espressiva, hanno prodotto risultati soddisfacenti.

In Italia, soltanto nell'ultimo decennio il problema dell'abuso sessuale sui minori è diventato un problema importante che investe la salute, le conseguenze sullo sviluppo mentale e psicologico delle vittime e l'intera rete istituzionale volta alla prevenzione ed alla repressione del fenomeno. A fronte di un accesso di un/a bambino/a che ha subito maltrattamenti, violenza fisica ed/od abuso sessuale, sia in caso di accesso diretto (minore accompagnato da chi ha tutela o da altre persone) o di accesso attraverso il 118, l'infermiere di triage effettua una prima valutazione ed attribuisce il codice giallo per garantire un percorso preferenziale alla piccola vittima. L'accoglienza è il momento più delicato della relazione tra bambino e infermiere e avrà conseguenze sull'atteggiamento successivo di fiducia. La comunicazione con il bambino vittima di abusi è importante in ogni fase dell'età evolutiva, facilita le cure e aiuta il bambino a sentirsi meno abbandonato. Tutto il personale, sia infermieristico che medico, dovrebbe dedicare più spazio all'ascolto del bambino. È quindi importante che l'infermiere sviluppi la capacità di ascolto ed osservazione. Spesso, per i bambini, il medico rappresenta una figura benefica ma allo stesso tempo tiranna. Nell'immaginario infantile la disobbedienza e la ribellione sono "ripagate" dal medico con manovre di "ritorsione" come le iniezioni od il ricovero in ospedale. Il bambino, specie se vittima di abusi, attribuisce all'infermiere un ruolo salvifico. Spesso tra infermieri e pazienti, soprattutto bambini, si stabiliscono rapporti di attaccamento sulla base di emozioni profonde suscitate a livello inconscio. Per i bambini un buon infermiere deve avere il desiderio di ascoltare quello che gli viene detto, non deve guardare in basso quando parla con loro, deve essere capace di entrare in relazione con loro e non deve giudicarli. L'infermiere, nel condurre l'intervista in triage al bambino con sospetto

di abuso/maltrattamento, deve tenere conto di alcuni suggerimenti. Al bambino deve arrivare il messaggio che l'infermiere è lì per ascoltarlo e che crede in ciò che gli viene detto. L'infermiere deve quindi prestare molta attenzione alla comunicazione non verbale. Al bambino devono essere poste domande brevi e comprensibili con un linguaggio adeguato al livello evolutivo del soggetto. Domande iniziali possono essere: "Come ti chiami?", "Quanti anni hai?", "Come si chiamano i tuoi genitori?", "Che scuola frequenti?", "Che animale ti piace", "Quali giochi ti piace fare?", "Come si chiamano i tuoi amici?". L'infermiere passa poi a domande più specifiche come: "Cosa ti fa arrabbiare?", "Cosa ti spaventa?", "Mi è sembrato di capire che ti è successo qualcosa...raccontami", "Quando è successo?", "Chi ti ha fatto questo?". Risulta importante inoltre ascoltare il silenzio, spesso dovuto al trauma. L'infermiere in triage quindi deve:

- cercare un luogo di ascolto idoneo;
- dedicare il tempo necessario;
- evitare che chi accompagna il bambino possa influenzare le risposte (facendolo accomodare al di fuori del campo visivo del bambino);
- identificare le condizioni di rischio (diversi accessi per lo stesso motivo);
- verificare gli elementi di sospetto (anamnesi incerta e contraddittoria, contrasto tra anamnesi ed obiettività, eventi traumatici ripetuti, tendenza a colpevolizzare gli altri, richiesta di cura in ritardo, tendenza a minimizzare o a negare l'evidenza).

L'infermiere di triage quindi, con il suo ruolo di prima accoglienza e di ascolto del minore, può svolgere un compito fondamentale nel porre il primo sospetto diagnostico. Ecco quindi che diventa essenziale l'importanza di avere una condivisione emotiva con lo scambio di conoscenze e il convergere di saperi diversi per erogare un servizio di qualità. Se le lesioni fisiche si possono rimarginare, quelle dell'anima, al contrario, rimangono cicatrici profonde che possono portare a conseguenze sul piano psicologico e psichiatrico importanti, come il disturbo post-traumatico da stress.

## BIBLIOGRAFIA

APA, (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA, (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione, DSM-5, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Aydin B., Akbas S., Turla A., Dundar C., (2016), Depression and post-traumatic stress disorder in child victims of sexual abuse: perceived social support as a protection factor, *Nordic journal of psychiatry*, Aug, 70(6): 418-23.

Bisson JJ., Cosgrove S., Lewis C., Roberts NP., (2015), Post-traumatic stress disorder, *British Medical Journal*, 351: h6161.

Bohus M., Dyer AS., Priebe K., Krüger A., Kleindienst N., Schmahl C., Nietfeld I., Steil R., (2013), Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial, *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(4): 221-33.

Boudreaux MC., Lord WD., (2005), Combating child homicide: preventing policing for the new millennium, *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4): 380-387.

Cantón-Cortés D., Cantón J., Justicia F., Cortés MR., (2011), [A model of the effects of child sexual abuse on post-traumatic stress: the mediating role of attributions of blame and avoidance coping], *Psicothema*, Feb, 23(1): 66-73.

Committee on the Rights of Child, (2006), General Comment No.8. The right of the child to protection from corporal punishment and other cruel or degrading forms of punishment, (articles 19, 28(2) and 37, inter alia), *CRC/C/GC/8*, para 11.

Daniels JK., Lamke JP., Gaebler M., Walter H., Scheel M., (2013), White matter integrity and its relationship to PTSD and childhood trauma—a systematic review and meta-analysis, *Depression and anxiety*, Mar, 30(3): 207-16.

De Bellis MD., Hooper SR., Chen SD., Provenzale JM., Boyd BD., Glessner CE., MacFall JR., Payne ME., Rybczynski R., Woolley DP., (2015), Posterior structural

brain volumes differ in maltreated youth with and without chronic posttraumatic stress disorder, *Development and psychopathology*, Nov, 27(4 Pt 2): 1555-76.

Dorsey S., Briggs EC., Woods BA., (2011), Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents, *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, Apr, 20(2): 255-69.

Dube SR et al., (2002), Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services, *Violence and Victims*, Feb,17(1): 3-17.

Fincham DS., Altes LK., Stein DJ., Seedat S., (2009), Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: risk factors versus resilience moderation, *Comprehensive psychiatry*, May-Jun, 50(3): 193-9.

Fornari U., (2015), *Trattato di psichiatria forense*, Milano, UTET Giuridica.

Gupta MA., (2013), Review of somatic post-traumatic stress disorder, *International review*

Habigzang LF., Stroehrer FH., Hatzenberger R., Cunha RC., Ramos Mda S., Koller SH., (2009), Cognitive behavioural group therapy for sexually abused girls, *Revista de saude publica*, Aug;43 Suppl 1: 70-8.

Hauser W., Hoffmann EM., Wolfe F., Worthing AB., Stahl N., Rothenberg R., Walitt B., (2015), Self-reported childhood maltreatment, lifelong traumatic events and mental disorders in fibromyalgia syndrome: a comparison of US and German outpatients, *Clinical and Experimental Rheumatology*, Jan-Feb, 33(1 Suppl 88): S86-92.

Hébert M., Lavoie F., Blais M., (2014), Post Traumatic Stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: resilience and social support as protection factors, *Ciencia & saude coletiva*, Mar, 19(3): 685-94.

Heitkemper M., Jarrett M., Taylor P., Walker E., Landenburger K., Bond EF., (2001), Effect of sexual and physical abuse on symptom experiences in women with irritable bowel syndrome, *Nursing research*, Jan-Feb, 50(1): 15-23.

Jackowski AP., Douglas-Palumberi H., Jackowski M., Win L., Schultz RT., Staib LW., Krystal JH, Kaufman J., (2008), Corpus callosum in maltreated children with posttraumatic stress disorder: a diffusion tensor imaging study, *Psychiatry research*, Apr 15, 162(3): 256-61.

Kitayama N., Brummer M., Hertz L., Quinn S., Kim Y., Bremner JD., (2007), Morphologic alterations in the corpus callosum in abuse-related posttraumatic stress disorder: a preliminary study, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Dec, 195(12): 1027-2019.

Koenen KC., Widom CS., (2009), A prospective study of sex differences in the lifetime risk of posttraumatic stress disorder among abused and neglected children grown up, *Journal of traumatic stress*, Dec 22, (6): 566-74.

Kulkarni MR., Graham-Bermann S., Rauch SA., Seng J., (2011), Witnessing versus experiencing direct violence in childhood as correlates of adult PTSD, *Journal of interpersonal violence*, Apr, 26(6): 1264-81.

Leenarts LE., Diehle J., Doreleijers TA., Jansma EP., Lindauer RJ., (2013), Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review, *European child and adolescent psychiatry*, May, 22(5): 269-83.

Lits BT., Engel CC., Bryant RA et al., (2007), A randomized, controlled proof-of-concept trial of an internet-based, therapist-assisted self- management treatment for posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, Nov, 164: 1676-83.

Loos S., Wolf S., Tutus D., Goldbeck L., (2015), [Frequency and Type of Traumatic Events in Children and Adolescents with a Posttraumatic Stress Disorder], *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 64(8): 617-33.

Meston CM., Lorenz TA., Stephenson KR., (2013), Effects of expressive writing on sexual dysfunction, depression, and PTSD in women with a history of childhood sexual abuse: results from a randomized clinical trial, *The journal of sexual medicine*, Sep, 10(9): 2177-89.

Morey RA., Haswell CC., Hooper SR., De Bellis MD., (2016), Amygdala, Hippocampus, and Ventral Medial Prefrontal Cortex Volumes Differ in Maltreated Youth with and without Chronic Posttraumatic Stress Disorder, *Neuropsychopharmacology*, Feb, 41(3): 791-801.

of psychiatry (Abingdon, Englan), Feb, 25(1): 86-99.

Perry BD., (2002), Childhood experience and the expression of genetic potential: what childhood neglect tell us about nature and nurture, *Brain and Mind*, 3(1): 79-100.

Rinne-Albers MA., van der Werff SJ., van Hoof MJ., van Lang ND., Lamers-Winkelmann F., Rombouts SA., Vermeiren RR., van der Wee NJ., (2016), Abnormalities of white matter integrity in the corpus callosum of adolescents with PTSD after childhood sexual abuse: a DTI study, *European child & adolescent psychiatry*, Aug, 25(8): 869-78.

Sareen J., Cox BJ., Stein MB., Afifi TO., Fleet C., Asmundson GJG., (2007), Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behaviour associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample, *Psychosomatic Medicine*, 69: 242-8.

Schild et al., (2016), Childhood maltreatment as a risk factor for diabetes: findings from a population-based survey of Canadian adults, *BMC Public Health*, 16: 879.

Schnurr PP., Green BL., Kaltman S., (2007), Trauma exposure and physical health. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, eds. *Handbook of PTSD: science and practice*, Guilford Press.

Schreier et al., (2016), Child maltreatment and pediatric asthma: a review of literature, *Asthma Research and Practice*, 2:7.

Shaoyong S., Jimenez MP., Roberts CTF., Loucks EB., (2015), The role of adverse childhood experiences in cardiovascular disease risk: a review with emphasis on plausible mechanisms, *Current Cardiology Reports*, 17(10): 88.

Shenk CE., Putnam FW., Rausch JR., Peugh JL., Noll JG., (2014), A longitudinal study of several potential mediators of the relationship between child maltreatment

and posttraumatic disorder symptoms, *Development and psychopathology*, 26(1): 81-91.

Shoedl AF., Costa MC., Mari JJ., Mello MF., Tyrka AR., Carpenter LL., Price LH., (2010), The clinical correlates of reported childhood sexual abuse: an association between age at trauma onset and severity of depression and PTSD in adults, *Journal of child sexual abuse*, Mar, 19(2): 156-70.

Stein DJ., Iper JC., Seedat S., (2006), Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD), *The Cochrane database of systematic reviews*, CD002795.

Stein DJ., Seedat S., Van der Linden GJ et al., (2000), Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 15(Suppl 2): S31-S39.

Veer IM., Oei NY., van Buchem MA., Spinhoven P., Elzinga BM., Rombouts SA., (2015), Evidence for smaller right amygdala volumes in posttraumatic stress disorder following childhood trauma, *Psychiatry research*, Sep, 233(3): 436-42.

Woon FL., Hedges DW., (2008), Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis, *Hippocampus*, 18(8): 729-36.