

# Le conseguenze cliniche della violenza sessuale

Dott.ssa Giulia Martino  
Psicologa

## La violenza sessuale: definizione e forme

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza sessuale come “qualsiasi atto sessuale, o tentativo di atto sessuale, commenti o apprezzamenti sessuali non desiderati, o sfruttamento e traffico sessuale, contro una persona con l'uso della coercizione. Questa violenza può essere messa in atto da qualsiasi persona indipendentemente dalla relazione che ha con la vittima, in qualsiasi ambito, incluso quello familiare e del lavoro”.

- La violenza sessuale comprende lo stupro (penetrazione con il pene, con altri parti del corpo o con oggetti), il tentato stupro e altre forme di atti sessuali violenti, compiuti da uno o più aggressori (violenza di gruppo). Anche il coniuge che costringe ad un rapporto sessuale con violenza o minaccia compie reato.
- La coercizione può essere messa in atto attraverso comportamenti violenti (aggressione fisica, intimidazione psicologica, minacce o ricatti) o approfittando di una situazione in cui la vittima si trova ad essere inferiore e non in condizione di esprimere un pieno consenso.

Un ampio spettro di atti sessuali violenti, può aver luogo in varie circostanze e in diversi contesti e possono essere così sintetizzati:

- stupro intrafamiliare, compreso quello perpetrato nell'ambito di un legame matrimoniale;
- stupro da parte di persone conosciute e/o sconosciute;
- stupro attuato come pratica di guerra o nell'ambito di conflitti interetnici;
- molestie sessuali, inclusa la richiesta di prestazioni sessuali in cambio di favori;
- abuso sessuale su bambini o su persone con handicap mentale e fisico;
- negazione del diritto alla contraccezione o alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili;
- atti violenti contro l'integrità sessuale femminile come la mutilazione genitale, la coercizione alla prostituzione e il traffico di individui allo scopo di sfruttamento sessuale.

## Uno sguardo sociale al fenomeno: stereotipi e pregiudizi

L'attenzione agli stereotipi riguardanti lo stupro che toccano la nostra società deriva dalla letteratura del movimento femminista degli anni '70. Susan Brownmiller (1975) identificò quattro fondamentali concetti errati:

- Tutte le donne vogliono essere stuprate.
- Nessuna donna può essere violentata contro la sua volontà.
- La donna se l'è cercata.
- Se la donna va incontro allo stupro è perché lo desidera.

Nonostante tali stereotipi siano stati screditati dalle conoscenze e dalle ricerche accumulate negli ultimi 20-30 anni, continuano tutt'oggi a persistere pregiudizi che accompagnano la percezione sociale del fenomeno:

- Lo stupro come un'aggressione fisica violenta subita da un folle sconosciuto in un luogo buio e isolato.
- L'aspetto esteriore ed il comportamento della donna provocano la violenza.
- Il marito non può violentare la donna.
- L'aggressore viene identificato generalmente come un uomo straniero, o un malato mentale, un ubriaco e drogato.

Alcune ricerche (Amir, 1971) hanno però mostrato che lo scopo di questi uomini è proprio quello di abbattere le resistenze della donna, con l'uso di qualsiasi mezzo; viene stabilito che il motivo principale della violenza è da attribuirsi al bisogno di dominio o all'autoaffermazione.

In sintesi i pregiudizi producono un duplice effetto:

- La de-responsabilizzazione dell'atto violento a carico dell'autore.
- Una delle cause per cui le donne non denunciano: il timore di non essere credute. Le donne avvertono la presenza infatti di un pensiero comune: che in qualche modo loro abbiano concorso alla violenza.

# Violenza sessuale intrafamiliare sulla donne: correlazione con la violenza fisica e psicologica

La violenza nell'ambito familiare tende ad essere ripetuta a lungo nel tempo ed a verificarsi quasi sempre tra le mura domestiche. Gli aggressori sono fidanzati o coniugi che a volte non hanno bisogno di usare mezzi coercitivi per imporre l'atto sessuale: i rapporti di potere e di dipendenza nelle relazioni familiari rendono non necessario l'uso della forza e spesso la vittima non vede alternativa al subire in silenzio. A volte le donne accettano violenze di questo tipo perché così il partner smette di tormentarle.



La violenza sessuale intrafamiliare è la forma di violenza di cui le donne fanno più fatica a parlare, in quanto, agita dal proprio marito, viene interpretata come un “dovere coniugale”.

Tra i vari ostacoli alla denuncia del marito/partner troviamo la sofferenza della donna, la paura di ripercussioni da parte dell'aggressore, il senso di colpa, la sensazione di solitudine e di vergogna, la perdita di fiducia e di autostima.

All'interno delle mura domestiche, l'imposizione del rapporto sessuale avviene in un contesto di maltrattamento più generale, dove è frequente l'uso anche di altre forme di violenze che si manifestano attraverso l'umiliazione o il dominio.

Si tratta quasi sempre di abusi fisici e psicologici che si accompagnano a deprivazioni economiche e si ripetono periodicamente seguendo un'escalation, definita “ciclo della violenza” in quanto le aggressioni sono reiterate ciclicamente aggravandosi nel tempo, fino ad arrivare alla stupro. Diventa un modo per dominare l'altro e non ha niente a che vedere con l'espressione di un desiderio sessuale.

In questo “ciclo” la donna è sottoposta a un susseguirsi di traumi che aumentano la svalorizzazione di sé e la sensazione che non esista una via d'uscita, mentre la violenza ed il controllo agiti dal marito/partner generano un clima costante di tensione e paura.

# Le conseguenze della violenza sessuale

La violenza sessuale costituisce un trauma di estrema gravità.

Le conseguenze possono essere immediate e acute, di lunga durata, croniche e/o fatali.

Le conseguenze della violenza tendono ad essere più severe quando la donna ha subito più di una tipologia di questo reato (ad esempio sia fisica che sessuale).

Si possono raggruppare in quattro macro aree le conseguenze della violenza sulla salute della donna:

- 1) **Fisiche**
- 2) **Sessuali/ginecologiche**
- 3) **Psicologiche/comportamentali**
- 4) **Mortali ( Mortalità legata all'AIDS/Suicidio)**

## Conseguenze fisiche

- Lesioni addominali
- Lividi e frustate
- Sindrome da dolore cronico
- Disabilità
- Fibromialgie
- Fratture
- Disturbi gastrointestinali
- Sindrome dell'intestino irritabile
- Lacerazioni e abrasioni
- Danni oculari
- Funzione fisica ridotta

## Conseguenze sessuali/ginecologiche

- Disturbi ginecologici
- Sterilità
- Malattia infiammatoria pelvica
- Complicazioni della gravidanza/aborto spontaneo
- Disfunzioni sessuali
- Malattie a trasmissione sessuale, compreso HIV/AIDS
- Aborto in condizioni di rischio
- Gravidanze indesiderate

# Conseguenze psicologiche/comportamentali

- Depressione e ansia
- Disturbi dell'alimentazione e del sonno
- Abuso di alcol e droghe
- Fobie e attacchi di panico
- Inattività fisica
- Sensi di vergogna e di colpa
- Scarsa autostima
- Disturbo da stress post traumatico
- Disturbi psico- somatici
- Comportamento suicida e autolesionista
- Comportamenti sessuali a rischio

## Le fasi del processo di risposta traumatica allo stupro

L'impatto emotivo e psicologico di una violenza sessuale, di qualsiasi genere, è devastante per la vittima.

Nei minuti o nei secondi che precedono la violenza la donna inizia a rendersi conto di essere in una situazione pericolosa, ma quasi non riesce a credere a cosa sta per capitarle.

Durante l'aggressione ella teme prima di tutto per la sua vita; la violazione del suo corpo la riempie di rabbia ma avverte anche la sua vulnerabilità perché non riesce ad allontanare l'aggressore.

L'esperienza dello stupro è accompagnata da sorpresa, terrore, senso di immobilizzazione, fino all'estraniamento, il tutto associato ad un forte senso di vergogna. La vittima sperimenta la perdita della propria identità a livello psichico e la rottura della propria integrità fisica e del controllo del proprio corpo.

Tra le prime ricerche riguardanti il trauma dello stupro, la più nota è quella di Burgess e Holmstrom (1974). Essi identificarono un cluster di sintomi chiamato “La sindrome da trauma da stupro”, caratterizzata da due fasi:

- 1) **La fase acuta** inizia subito dopo l’evento traumatico e può durare giorni o settimane: è la fase di totale disorganizzazione ed è caratterizzata da reazioni fobiche, shock, pensieri di morte e perdita dell’appetito, disturbi del sonno, sintomi gastrointestinali e genito-urinari.
- 2) **La fase depressiva** si instaura 2-3 settimane dopo l’evento e può persistere qualche mese o un anno: la vittima tenta di riprendere il controllo della sua vita ma tale riorganizzazione si manifesta spesso attraverso l’espressione di una sintomatologia a lungo termine.



Burgess e Holmstrom (1974, 1979) hanno individuato due stili cognitivi delle vittime in fase acuta:

- 1) uno “**stile espressivo**”, con segni visibili di distress emotivo (pianto, ansia e tensione, aggressività);
- 2) uno “**stile controllato**”, tipico di coloro che mascherano i sentimenti e si presentano calme e distaccate.

Koss e Harvey (1991) hanno descritto la risposta traumatica allo stupro come un processo a 4 fasi:

**Fase anticipatoria:** subito prima dell'evento la donna può mettere in atto meccanismi di difesa, come dissociazione o razionalizzazione, per mantenere un senso di sicurezza.

**Impatto:** corrisponde al periodo della violenza e i momenti successivi. Le risposte più comuni sono shock, disperazione, incredulità, intensa paura di morire o di essere ferite.

**Ricostruzione:** è il momento in cui, settimane o mesi dopo l'accaduto, la vittima tenta di riprendere il controllo della propria vita. Possono manifestarsi forme di evitamento o negazione.

**Risoluzione:** dopo la fase sintomatica, alcune vittime possono vivere una rabbia prolungata. Anche sintomi depressivo-ansiosi più o meno lievi possono persistere per anni.

## Il disturbo Acuto da Stress

Il **Disturbo Acuto da Stress** si può presentare dopo che la vittima è stata esposta a morte reale o minaccia di morte, a una lesione grave o a una violenza sessuale. La durata dei sintomi interessa un periodo di tempo che va da 3 giorni a 1 mese dall'esposizione al trauma (quando i sintomi persistono per più di 1 mese si effettua la diagnosi di PTSD).

I sintomi sperimentati dalla vittima possono essere suddivisi in 5 categorie:

- **sintomi d'intrusione:** improvvisi e ricorrenti flashback, ricordi dell'esperienza traumatica e sogni riconducibili ad essa;
- **umore negativo:** persistente incapacità di provare emozioni positive;
- **sintomi dissociativi:** alterato senso di realtà e incapacità di ricordare elementi dell'evento traumatico;
- **sintomi di evitamento:** tentativi di evitamento di ricordi spiacevoli, pensieri ed emozioni relativi all'evento traumatico e/o degli stimoli esterni;
- **sintomi di attivazione fisiologica:** disturbi del sonno, comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia verso persone o oggetti, ipervigilanza, problemi di concentrazione, esagerate risposte di allarme.

## Il disturbo post traumatico da stress

Il disturbo post traumatico da stress è la sindrome psicopatologica più studiata in relazione allo stupro.

In seguito ad un evento traumatico il cervello immagazzina una parte delle intense emozioni che scaturiscono al momento del trauma per elaborarle in un secondo momento, quando lo stato di sopravvivenza è recuperato e lo shock iniziale superato.

Lo stress traumatico è tra i peggiori stress che una persona possa affrontare, perché l'evento critico che lo ha provocato è improvviso e inaspettato e sconvolge la personale sensazione di controllo.

Le reazioni emotive in genere si presentano come una sensazione sconvolgente di vulnerabilità, di impotenza, di perdita di controllo, unito a emozioni di intensa paura e/o dolore.

Secondo la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5; APA, 2013), per lo sviluppo di un **PTSD** è necessario che:

- ✓ **LA PERSONA SIA STATA ESPOSTA A UN TRAUMA**, quale la morte reale o una minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale (Criterio A).
- ✓ **SINTOMI INTRUSIVI CORRELATI ALL'EVENTO TRAUMATICO**, (Criterio B). Ricordi del trauma ricorrenti, involontari ed intrusivi, sogni spiacevoli ricorrenti in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento traumatico e reazioni dissociative come flashback in cui ci si sente o si agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando.

- ✓ **EVITAMENTO PERSISTENTE DEGLI STIMOLI ASSOCIATI ALL'EVENTO TRAUMATICO**, (Criterio C). La persona evita o tenta di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico. Inoltre, vengono evitati fattori esterni quali persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti e situazioni che possono suscitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento traumatico.

- ✓ **ALTERAZIONI NEGATIVE DI PENSIERI ED EMOZIONI ASSOCIATE ALL'EVENTO TRAUMATICO** (Criterio D). La persona può non ricordare qualche aspetto importante dell'evento traumatico, sviluppare persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative su se stessi, gli altri. Possono manifestarsi pensieri distorti e persistenti relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento traumatico che portano a dare la colpa a se stessi.
- ✓ **MARCALE ALTERAZIONI DELL'AROUSAL E DELLA REATTIVITÀ ASSOCIATI ALL'EVENTO TRAUMATICO**, (criterio E) come comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia, comportamento spericolato autodistruttivo, ipervigilanza, esagerate risposte di allarme, problemi di concentrazione, difficoltà nell'addormentarsi.



- ✓ La durata delle alterazioni descritte è superiore ad 1 mese (criterio F).
- ✓ Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti (criterio G).
- ✓ Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza come ad esempio farmaci o alcol o a un'altra condizione medica (criterio H).

## Sintomi dissociativi

Si possono manifestare anche SINTOMI DISSOCIATIVI e possono riguardare:

**LA DEPERSONALIZZAZIONE:** ci si può sentire distaccati dai propri processi mentali come se si fosse un osservatore esterno al proprio corpo (ad esempio sensazione di essere in un sogno; sensazioni di irrealtà di se stessi o del proprio corpo o del lento scorrere del tempo)

**LA DEREALIZZAZIONE:** si possono avere cioè persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante (ad esempio il mondo intorno sembra irreali, onirico, distante o distorto).

## Disturbo depressivo maggiore

La presenza di tratti depressivi in donne vittime di stupro è dimostrata da tutti i ricercatori: quasi nessuna indagine esclude la sintomatologia depressiva che – insieme a quella ansiosa – è ormai riconosciuta come la conseguenza più frequente.

In base ai criteri ufficiali, per poter emettere una **diagnosi di disturbo depressivo maggiore** i sintomi, variabilmente combinati tra loro, devono essere presenti da oltre due settimane, con un'intensità tale da creare alla persona che li presenta un serio **disagio psicologico e sociale** e da impedire di mantenere i ritmi di vita abituali.

## Tra i principali sintomi che caratterizzano l'**episodio depressivo maggiore** vanno ricordati:

- Umore depresso per gran parte della giornata.
- Pianto immotivato, una o più volte al giorno.
- Significativo calo di interesse nelle attività abituali.
- Diminuzione o aumento significativi dell'appetito.
- Difficoltà ad addormentarsi o, al contrario, aumento del bisogno di dormire.
- Sensazione di agitazione e ansia o, al contrario, rallentamento dei movimenti e dei riflessi.
- Facile affaticabilità e diminuzione delle capacità di concentrazione.
- Calo dell'autostima e della fiducia nelle proprie capacità; senso di colpa persistente e immotivato; irritabilità o frustrazione.
- Pensieri di morte ricorrenti, ideazione suicidaria o tentativi di suicidio.
- Problemi fisici privi di cause riconoscibili e che, spesso, non rispondono alle terapie di norma utilizzate per contrastarli (dolore articolare, mal di testa, crampi addominali, disturbi digestivi, vertigini ecc.).

## Altri quadri diagnostici

Tra i quadri diagnostici frequentemente associati al PTSD nelle vittime di violenza sessuale si riscontrano:

- Disturbo Ossessivo–Compulsivo (DOC);
- Disturbo da Attacchi di Panico (DAP);
- Disturbo d'Ansia Generalizzata (DAG);
- Disfunzioni sessuali come la dispareunia, il vaginismo, il disturbo dell'orgasmo femminile e il disturbi del desiderio sessuale;
- Disturbi alimentari (l'Anoressia Nervosa, la Bulimia Nervosa e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata);
- Abuso di alcol e/o altre sostanze.

# Accoglienza della donna vittima di violenza sessuale

Una valutazione (fisica e psichica) accurata e una presa in carico immediata e integrata, possono agire da rinforzo alla risoluzione del trauma. Ascoltare la donna durante la narrazione di quanto accaduto, con un atteggiamento empatico e non giudicante, ha già un forte valore terapeutico.

Fornire una terapia personalizzata che miri a sostenere le aree funzionali dell'Io in modo da ristabilire l'integrità della paziente come persona, favorendo una corretta elaborazione dei ricordi legati all'abuso, lavorando sulle emozioni della vittima per evitare un conseguente blocco della vita affettiva e sessuale.