

Relazione tra l'alcol e le conseguenze della violenza sessuale

Ezio Manzato*, Giovanna Del Balzo**

Collegamenti tra alcol, violenza sessuale e conseguenze

Il consumo di alcol da parte dell'aggressore, della vittima o di entrambi è stato osservato in almeno il 50% di tutte le violenze sessuali (SV), con vittimizzazione sessuale solitamente più grave nel caso di consumo di alcol contemporaneo da parte di entrambi (Norris, 2008; Abbey, 2011).

Il consumo di alcol contemporaneo da parte della vittima è risultato implicato nel 50-70% delle vittimizzazioni sessuali (Reed *et al.*, 2009). Il 30-75% degli aggressori sessuali è risultato sotto l'influenza dell'alcol nel momento di perpetrare una violenza sessuale (Abbey, 2008, 2011). Il consumo contemporaneo da parte dell'aggressore e della vittima suggerisce che l'alcol può giocare un ruolo causale in alcune violenze sessuali.

Per la frequente associazione tra il consumo di alcol e la perpetrazione di violenza sessuale sono state prese in considerazione tre possibili spiegazioni (Abbey, 2008, 2011).

La prima è che l'alcol può essere la causa della violenza sessuale.

La seconda è che il desiderio di commettere una violenza sessuale da parte di un aggressore sessuale può essere la causa della violenza sessuale.

Sebbene questa direzione causale possa inizialmente sembrare improbabile, in molte culture l'intossicazione alcolica fornisce una scusa per comportamenti che sono tipicamente biasimati; così alcuni aggressori sessuali possono decidere volontariamente di ubriacarsi per essere in grado di giustificare a se stessi e agli altri la pianificazione del loro comportamento sessuale aggressivo (George e Stoner, 2000; Abbey, 2008, 2011; Zinzow e Thompson, 2015).

La terza è che la relazione è spuria, in conseguenza di una terza variabile che causa sia il bere che la violenza sessuale da parte del aggressore sessuale.

Ad esempio, le caratteristiche di personalità, come il narcisismo, l'impulsività, la tendenza alla ricerca di sensazioni nuove e forti (novelty seeking o sensation seeking) e le esperienze di vita (come il maltrattamento infantile o la violenza sessuale adolescenziale) sono state collegate al consumo alcolico pesante e al comportamento sessuale aggressivo, per cui gli aggressori sessuali bevono pesantemente e quindi vittimizzano le altre persone.

* *Psichiatra psicoterapeuta, Verona. Responsabile scientifico Newsletter "Clinica dell'Alcolismo" di Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction.*

** *Medico legale presso Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.*

Questo suggerisce che per alcuni individui i tratti di personalità possono essere la causa sia del loro bere eccessivo che della loro aggressività sessuale (Ouimette, 1997; Abbey, 2008, 2011; Wegner e Abbey, 2016).

Per di più, gli uomini che sono predisposti alla vittimizzazione sessuale possono agire con maggiore probabilità i loro desideri quando bevono, in conseguenza degli effetti negativi che l'alcol ha sui processi cognitivi di ordine superiore (es. pianificazione, decisione e inibizione) (Wegner e Abbey, 2016).

Per la vittimizzazione sessuale d'altra parte è stato evidenziato che il consumo problematico di alcol e/o l'uso di droghe associati con altri predittori (es. storia di precedente vittimizzazione, sintomi psicopatologici, numero elevato di partner sessuali e cambiamento nelle modalità di bere all'ingresso all'università) sono fattori di vittimizzazione sessuale e fisica tra le studentesse durante il periodo dell'università (in particolare durante il primo anno accademico) (Parks *et al.*, 2008). Anche gli episodi di bere pesante, binge drinking (BD) (cioè consumo di 4 o più drink in un'unica occasione in circa 2 ore per una donna) sono stati associati ad un aumento significativo della probabilità di subire uno stupro alcol-indotto tra le studentesse universitarie americane e canadesi (in particolare durante il primo anno accademico) (McCauley *et al.*, 2010; Senn *et al.*, 2014).

Ugualmente il consumo pesante di alcol è stato associato a vittimizzazione sessuale sia nelle femmine che nei maschi di una grande università del Midwest degli Stati Uniti (Tyler *et al.*, 2017). Anche nelle donne della comunità il bere regolare è associato a maggiore probabilità di vittimizzazione sessuale, che aumenta ancora di più in caso di bere eccessivo (Bryan *et al.*, 2016). Pure le donne che soffrono di grave malattia mentale (SMI) sono risultate ad alto rischio di diventare vittime di violenza sessuale, come è stato riportato in donne (di età media di 27.5 anni) sottoposte ad esami medico-legali per violenza sessuale (SAMFE) che nel 46.7% (prevalenza doppia rispetto alla popolazione generale) presentavano una preesistente malattia mentale e/o un uso in atto di psicofarmaci (Miles *et al.*, 2022).

Parimenti in giovani donne adulte (di età compresa tra 19 e 22 anni) appartenenti a minoranze sessuali e di genere (SGM), come lesbiche e bisessuali, è stato osservato che la violenza sessuale era associata al binge drinking ed anche alla presenza di sintomi depressivi (Siconolfi *et al.*, 2023).

Le conseguenze sulla salute e le lesioni fisiche derivanti da uno stupro, sono state indagate in un campione di donne a livello nazionale degli Stati Uniti (41.174 rispondenti con 22.590 donne e 18.584 uomini) utilizzando i dati ricavati con un'intervista telefonica dalla sommini-

strazione 2010-2012 del National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS).

I risultati hanno indicato che nel corso della vita circa 2 vittime di stupro su 5 (39.1%) avevano riportato lesioni (es. lesioni vaginali o altre lesioni interne o esterne) e il 12.3% aveva riferito una malattia a trasmissione sessuale (STD) a seguito di vittimizzazione da stupro.

Circa il 71.3% delle vittime di stupro (con una stima di circa 16.4 milioni di donne) nel corso della vita aveva subito una qualche forma di conseguenza sulla salute fisica e mentale o su comportamenti correlati alla salute.

Le conseguenze comunemente rivelate erano paura (65.2%), preoccupazione per la sicurezza (58.9%), sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD)(56.6%), lesioni (35.7%), assenza di almeno 1 giorno da scuola o dal lavoro (25.9%) e necessità di cure mediche (25.4%).

Tra le donne statunitensi, le probabilità di dichiarare asma, sindrome dell'intestino irritabile, cefalea frequente, dolore cronico, difficoltà a dormire, limitazioni dell'attività, scadente salute fisica o mentale (anche associate) o uso di attrezzature speciali (es. sedia a rotelle), erano significativamente più alte nel corso della vita per le vittime di stupro rispetto alle donne non vittime (Basil et al., 2021).

Le conseguenze accademiche successive alla vittimizzazione sessuale tra gli studenti universitari sono state analizzate nella review sistematica di Molstad e colleghi (2023), in cui i 13 studi inclusi (con coerenza di risultati) hanno indicato che la violenza sessuale era associata a maggiori problemi accademici, tra cui media inferiore nei voti, abbandono dell'università e problemi di apprendimento auto-regolati.

Conseguenze psichiche (di-stress psichico) e tossicologiche (problemi di consumo di alcol e/o sostanze)

Un'analisi della letteratura basata sull'evidenza relativa allo sviluppo di patologie psichiatriche come conseguenze di violenza sessuale (evento traumatico tra i più a rischio di sviluppo del disturbo post-traumatico da stress-PTSD), ha evidenziato nelle vittime di violenza sessuale, rispetto alle vittime di altri traumi, la presenza di vari disturbi psichiatrici, come il disturbo post-traumatico da stress (esito presente nel 95% vs il 47% per altri tipi di trauma), i disturbi sessuali (90% vs 19%), la depressione maggiore (75% vs 44%), i disturbi del comportamento alimentare (53% vs 6%) e in misura minore i disturbi d'ansia diversi dal disturbo post-traumatico da stress.

È stata anche riportata la presenza di comorbilità tra depressione e disturbo post-traumatico da stress e le donne con tale doppio disturbo manifestavano sintomi più gravi di entrambe le patologie. Le vittime con disturbo post-traumatico da stress isolato presentavano una maggiore incidenza di abuso sessuale infantile (CSA).

L'abuso sessuale infantile esponeva a una maggiore incidenza di violenza nelle relazioni intime (IPV) ed aveva come esito lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress, ma soprattutto predispondeva a nuovi abusi (cioè

a rivittimizzazione), a causa di modificazioni psichiche che determinerebbero una serie di conseguenze tali da rendere la donna più esposta ad ulteriori abusi e traumi, con conseguente aggravamento del disturbo post-traumatico da stress e della salute psico-fisica in generale.

Sono state segnalate anche conseguenze funzionali sulla salute sessuale e genitale delle donne vittime di violenze sessuali, come maggiore incidenza di dismenorrea, irregolarità mestruali, dispareunia, menorragia, amenorrea per almeno due cicli e perdita di piacere, oltre a disturbi riproduttivi.

La più frequente associazione che è stata osservata in caso di disturbo post-traumatico da stress era l'abuso di alcol, che ad oggi viene spiegata con la teoria dell'auto-medicazione, secondo la quale l'alcol verrebbe usato dalle donne per far fronte (coping) agli stati affettivi spiacevoli, come quelli causati dal disturbo post-traumatico da stress e dall'abuso sessuale infantile.

Tuttavia, l'alcol aumenterebbe il rischio di rivittimizzazione, perché disturba i meccanismi auto-protettivi e le capacità di risolvere i problemi, rendendo la donna più vulnerabile ad eventuali aggressioni, e modificherebbe l'impressione suscitata sull'uomo, che percepisce la donna come maggiormente disponibile a livello sessuale.

Il rischio di rivittimizzazione sarebbe aumentato ugualmente anche dalle droghe (es. la marijuana) (Di Giacomo et al., 2014).

La violenza sessuale (SV) e la violenza da parte del partner intimo (IPV), che sono attualmente due emergenze globali di salute pubblica, presentano significative conseguenze psicologiche e fisiche a breve e a lungo termine per le donne che ne sono vittime.

Gli esiti psicologici negativi a breve termine comprendono sensazioni di shock, incredulità, confusione, vergogna e colpa, auto-attribuzione della colpa, ritiro sociale, flahback ed insonnia; le vittime possono riportare anestesia emotiva, ipervigilanza, evitamento dei ricordi dell'evento, alterazione della routine giornaliera, paura dell'aggressore, paura di un'altra aggressione e ansia circa la rivelazione dell'incidente subito.

Gli esiti psicologici negativi a lungo termine comprendono il disturbo post-traumatico da stress, il disturbo depressivo, il disturbo d'ansia generalizzata e altri disturbi d'ansia, i disturbi da uso di sostanze (SUD), i disturbi alimentari, i disturbi del sonno e i tentativi di suicidio.

Sono state segnalate anche conseguenze negative per la salute fisica che comprendono lesioni corporee, fratture ossee, lesioni genitali e abrasioni, problemi ginecologici come gravidanze indesiderate ed infezioni a trasmissione sessuale (STI) compresa l'infezione da HIV.

Sono stati riportati anche problemi alla funzione riproduttiva e sessuale (es. anormalità ovulatorie e mestruali, endometriosi, dispareunia e riduzione o assenza di interesse sessuale), disturbi somatici (es. dolore muscolo-scheletrico, dolore al viso, al collo e alla schiena, cefalea e dolore pelvico cronico), gastrointestinali (sindrome del colon irritabile) e cardiaci.

La severità di tali sintomi somatici sarebbe peraltro influenzata dai sintomi post-traumatici e da quelli depressivi.

Sono stati anche descritti comportamenti nocivi per la salute (es. fumo, abuso di sostanze e/o di alcol e comportamenti sessuali ad alto rischio) (Pemberton e Loeb, 2020).

Disturbo post-traumatico da stress e problemi di uso di alcol e/o sostanze

La letteratura ha riportato che la violenza sessuale solitamente presenta conseguenze psichiche che durano a lungo nel tempo e infatti molte vittime manifestano sintomi di di-stress (es. disturbo post-traumatico da stress-PTSD e depressione), continuativi per mesi o anche anni dopo le aggressioni subite.

Questa cronicità è stata attribuita a fattori correlati all'individuo e al contesto sociale di vita (Müller *et al.*, 2018; Dworkin *et al.*, 2018, 2023).

La cronicità dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress conseguenti a traumi sessuali e non sessuali (es. remissioni mancate o ritardate a lungo nel tempo) è stata attribuita a caratteristiche psico-sociali delle vittime, come stato socio-economico inferiore, traumi sessuali multipli subiti nell'infanzia e nei periodi successivi dell'adolescenza e dell'età adulta, gravità dei sintomi post-traumatici, concomitanza con la depressione ed eventuale trattamento.

In particolare, è stato osservato che i sintomi post-traumatici di evitamento e i sintomi depressivi determinerebbero tempi più lunghi di remissione dopo un trauma sessuale subito sia durante l'infanzia che in periodi successivi della vita (Müller *et al.*, 2018).

La percezione positiva di supporto sociale è stata identificata invece come fattore protettivo contro lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress e in particolare il supporto sociale percepito degli amici sarebbe associato alla diminuzione nel tempo dei sintomi post-traumatici (Dworkin *et al.*, 2018).

La meta-analisi di Dworking e colleghi (2023), attuata per identificare la prevalenza e la gravità del disturbo post-traumatico da stress (presente con tassi più elevati nella violenza sessuale) e i cambiamenti nel tasso medio di guarigione nei 12 mesi successivi alla violenza sessuale, ha esaminato studi prospettici pubblicati fino ad aprile 2020, con valutazione del disturbo post-traumatico da stress in almeno 10 sopravvissuti e in almeno due momenti temporali a partire da 3 mesi dopo l'aggressione.

La meta-analisi di 22 studi di campioni unici (con 2.106 partecipanti) ha indicato che il 74.58% (95% intervallo di confidenza (67.21, 81.29)) e il 41.49% (95% intervallo di confidenza (32.26, 50.92)) dei sopravvissuti soddisfacevano i criteri diagnostici del disturbo post-traumatico da stress rispettivamente al primo e al 12° mese dopo la violenza sessuale.

La gravità dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress era del 47.94% (95% intervallo di confidenza (41.27, 54.61)) e del 29.91% (95% intervallo di confidenza (23.10, 36.73)) della gravità massima di scale sui sintomi post-traumatici rispettivamente al primo e al 12° mese dopo la violenza.

La maggior parte del recupero dei sintomi post-traumatici è risultata verificarsi entro i primi 3 mesi successivi alla violenza sessuale, dopodiché il tasso medio di recupero è risultato rallentare; con ciò suggerendo che il disturbo post-traumatico da stress da violenza sessuale è un disturbo psichico frequente e grave e i primi 3 mesi dopo l'aggressione sessuale possono essere un periodo critico per il recupero naturale.

La letteratura ha messo in evidenza che le donne vittime di violenza sessuale in età adulta presentano una forte probabilità di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress, frequentemente associato con il consumo problematico di alcol e/o con l'uso di droghe e perfino con il disturbo da uso di alcol (AUD) e con il disturbo da uso di sostanze (SUD)(Ullman *et al.*, 2013; Ullman, 2016).

Nelle donne, ma anche negli uomini, vittime di un trauma interpersonale (IPT) (es. violenza fisica e sessuale) e con sintomi del disturbo post-traumatico da stress, il consumo problematico di alcol può essere la strategia principale per far fronte (coping) al di-stress ed alle emozioni spiacevoli conseguenti all'esposizione al trauma (Simpson *et al.*, 2014; Danielson *et al.*, 2021).

La frequente coesistenza tra il disturbo post-traumatico da stress e il disturbo da uso di alcol (analogamente al disturbo da uso di sostanze) viene spiegata attraverso diversi modelli eziologici, incluso il rischio genetico condiviso e la causalità fenotipica, tuttavia la teoria più comune di associazione eziologica è quello dell'automedicazione del bere e dell'uso di sostanze per far fronte al di-stress (sintomi del disturbo post-traumatico da stress e di altre patologie psichiche) (Ullman *et al.*, 2013; Sheerin *et al.*, 2016).

La review di Hawn e colleghi (2020), in cui sono stati inclusi 24 studi (nella maggior parte trasversali, 2 micro-longitudinali e 1 longitudinale) relativi all'associazione tra il disturbo post-traumatico da stress e l'uso problematico di alcol, ha fornito complessivamente prove a favore dell'ipotesi dell'automedicazione (attraverso una varietà di strumenti di misurazione e di approcci di analisi dei dati) mostrando che i motivi di coping correlati al bere e le aspettative di riduzione della tensione risultavano influenzare ampiamente l'associazione tra il disturbo post-traumatico da stress e il consumo di alcol, pur nella limitatezza del rigore metodologico degli studi.

Sulla base dei dati epidemiologici, secondo i quali la violenza sessuale nelle donne è risultata associata a rischio più elevato di problemi con il consumo di alcol e con l'uso droghe, uno studio ha esaminato in che modo i vari tipi di trauma (interpersonale es. abuso infantile, abuso da partner intimo, abuso da sconosciuto, abuso emotivo e stalking; non interpersonale es. quartiere pericoloso, zona militare di guerra, minaccia con un'arma, minaccia durante una rapina, altre situazioni pericolose, omicidio di amici stretti e assistere a una morte), il far fronte al di-stress con l'uso di sostanze e il disturbo post-traumatico da stress, si collegano con il consumo di alcol e l'uso di droghe nell'anno precedente in donne che hanno subito violenze sessuali da adulte.

Sono stati analizzati i dati di un campione ampio e diversificato etnicamente (45% nere/afroamericane e 35%

bianche) di 1.863 donne dell'area metropolitana di Chicago (con età media di 31.1 anni).

I risultati hanno mostrato che i sintomi post-traumatici mediavano in modo completo l'associazione tra il trauma non interpersonale e l'uso di sostanze per far fronte al di-stress; invece, l'associazione tra entrambi trauma interpersonale e gravità dell'abuso sessuale infantile sull'uso di sostanze per far fronte al di-stress era solo parzialmente mediata dai sintomi post-traumatici.

A sua volta, l'uso di sostanze per far fronte al di-stress mediava in modo completo la relazione tra il disturbo post-traumatico da stress e l'uso problematico di sostanze, nonché mediava in modo parziale l'effetto del disturbo post-traumatico da stress sul consumo problematico di alcol.

Questi risultati nel complesso suggeriscono che i diversi tipi di trauma e il far fronte al di-stress con l'uso di sostanze possono essere importanti fattori di rischio, che permettono di differenziare le vittime di violenza sessuale che sviluppano il disturbo post-traumatico da stress e l'uso problematico di sostanze rispetto a quelle che non lo fanno (Ullman *et al.*, 2013).

Per testare contemporaneamente in un campione ad alto rischio le ipotesi bidirezionali se l'alcol può aumentare il rischio di vittimizzazione e/o se il di-stress derivante dalla vittimizzazione può aumentare il rischio di consumo di alcol, includendo la violenza sessuale (SA) e la vittimizzazione da violenza da parte del partner intimo (IPV) ed esplorando i potenziali effetti moderatori dei sintomi del disturbo post-traumatico da stress su questi percorsi, è stata effettuata una analisi secondaria dei dati derivanti da uno studio più ampio (per migliorare le reazioni sociali alla rivelazione della violenza), condotto presso una università pubblica di medie dimensioni nel nord-est degli Stati Uniti.

È stato reclutato un campione di 631 studentesse universitarie (71.0% delle 889 che avevano completato l'intervista al tempo T2), giovani, prevalentemente bianche ed eterosessuali, che sono state testate in due momenti successivi all'inizio (T1) e dopo 6 mesi (T2).

Al tempo T1 il 39.9% (252) delle studentesse ha riportato di essere stata vittima di violenza sessuale nel corso della vita e il 37.2% (235) di essere stata vittima di violenza del partner nel corso della vita; al tempo T2 il 10.8% (68) delle studentesse ha riportato vittimizzazione da violenza sessuale e il 15.5% (98) ha riportato vittimizzazione da violenza del partner nel corso degli ultimi 6 mesi.

I risultati hanno indicato che l'uso di alcol al tempo T1 aumentava il rischio di violenza sessuale al tempo T2 (ma non la vittimizzazione da violenza del partner intimo) e che i sintomi post-traumatici moderavano questa associazione; a livelli più bassi di sintomi post-traumatici non c'erano associazioni significative tra l'uso di alcol settimanale e la successiva vittimizzazione da violenza sessuale, mentre a livelli più alti di sintomi post-traumatici l'uso di alcol settimanale prevedeva la successiva vittimizzazione da violenza sessuale.

Al contrario, l'ipotesi direzionale opposta non è stata supportata; né la violenza sessuale né quella del partner

intimo durante la vita al tempo T1 sono state associate con il bere al tempo T2, indipendentemente dal livello dei sintomi post-traumatici (Dardis *et al.*, 2021).

La review narrativa di Mehr e colleghi (2023) ha fornito una descrizione ampia dell'interazione diversificata e complessa dell'uso e dell'abuso di sostanze nelle donne che hanno subito violenza da parte del partner intimo (IPV) (cioè violenza fisica, sessuale e psicologica).

In queste donne è stato riportato un abuso di sostanze come mezzo per far fronte (coping) al dolore fisico ed emotivo.

L'automedicazione con uso di alcol e droghe analgesiche e con oppioidi (prescritti per il trattamento del dolore) è risultata accelerare la progressione dall'uso di sostanze al disturbo da uso di sostanze (SUD), che determina un'alterazione significativa della salute psico-fisica e del funzionamento quotidiano, che a sua volta favoriscono un rischio maggiore di rivittimizzazione.

Sono stati segnalati anche comportamenti rischiosi collegati all'uso di sostanze, come episodi frequenti di binge drinking (BD) e di guida in stato di ebbrezza, uso improprio di farmaci prescritti, condivisione di aghi per uso endovena di sostanze o comportamento sessuale a rischio per trasmissione di malattie (epatite da virus C o infezione da HIV e altre infezioni), che determinano un peggioramento della salute generale.

È stata peraltro riportata una maggiore gravità del disturbo da uso di sostanze e del disturbo da uso di alcol (AUD), che possono avere conseguenze durature sulla salute mentale e fisica.

Riguardo ai modelli di consumo di sostanze, è stato messo in risalto che l'alcol risulta essere la sostanza psicoattiva più comunemente usata tra queste donne ed avendo l'alcol proprietà analgesiche acute ciò ne fa una sostanza di uso improprio tra quelle che soffrono di dolore fisico. Esisterebbe anche una relazione dose-risposta tra l'aumento delle concentrazioni di alcol nel sangue (Blood Alcohol Concentration - BAC) e la diminuzione dell'intensità del dolore, per la quale risulterebbe necessaria una BAC superiore a 0,08%; ciò suggerisce che il consumo di alcol come analgesico richiede dosi elevate ripetute e questo modello di utilizzo (più probabile in donne poco propense o meno in grado di cercare cure mediche per le lesioni subite) aumenta la probabilità di sviluppare un disturbo da uso di alcol e di episodi di binge drinking.

Nel caso di donne che cercano assistenza medica, gli oppiacei spesso sono prescritti in modo esagerato per gestire il dolore fisico conseguente ad abusi fisici; tuttavia, il loro uso cronico diminuisce la tolleranza al dolore e aumenta il rischio di dipendenza fisica; l'eccessiva prescrizione degli oppiacei (associati anche alle benzodiazepine) inoltre può determinare una transizione dalla prescrizione al consumo illecito.

Anche il disturbo da uso di cannabis è risultato essere molto diffuso tra queste donne e tale uso (indipendentemente dalla pubblicizzazione di asserita efficacia sul dolore) è attribuibile di più al far fronte ai traumi psicologici piuttosto che fisici; questo uso per far fronte al di-stress può aumentare il rischio di sviluppare un disturbo da uso di sostanze e può essere accompagnato da

una cronicizzazione di disturbi depressivi e ansiosi (tra cui il disturbo post-traumatico da stress) e da ideazione suicidaria.

Il consumo di cannabis peraltro è stato osservato nel contesto di modelli di consumo di poli-sostanze (cioè combinazione di sostanze psicoattive illecite e di prescrizione) che possono peggiorare la salute fisica e mentale, esacerbare comportamenti a rischio ed aumentare il rischio di rivittimizzazione.

È stato trovato inoltre che queste donne presentano un rischio aumentato di sviluppo di disturbi mentali, con tassi di incidenza più alti e maggiore gravità per depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress e disturbi dell'umore, che frequentemente sono in comorbidità con il disturbo da uso di sostanze e il disturbo da uso di alcol (specie per la depressione).

In particolare, il disturbo post-traumatico da stress (presente nel 60-90% di queste donne ricoverate in rifugi anti violenza o della comunità) si caratterizza per sintomi post-traumatici più gravi e comorbidità con disturbo da uso di sostanze e/o alcol, che a sua volta esacerbano i sintomi post-traumatici e perpetuano il coping disadattivo con uso di sostanze e alcol (fattore di rischio di rivittimizzazione).

Rivittimizzazione sessuale

La letteratura ha messo in evidenza che nelle donne vittime di violenza sessuale in età adulta (ASA) sono frequentemente presenti sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD), che possono predisporre a una successiva violenza sessuale direttamente e indirettamente, attraverso comportamenti a rischio, come consumo problematico di alcol e disturbo da uso di alcol (AUD), uso di sostanze e disturbo da uso di sostanze (SUD), e attività sessuale (Ullman *et al.*, 2013; Ullman, 2016; Walsh *et al.*, 2012, 2014).

La letteratura peraltro ha evidenziato l'associazione tra l'abuso sessuale infantile (CSA) e l'abuso sessuale adolescenziale e la rivittimizzazione sessuale in età adulta (Arata, 2000; Kilpatrick *et al.*, 2000; Lau e Kristensen, 2010; Walker *et al.*, 2019) e tra l'abuso sessuale infantile e il disturbo post-traumatico da stress (Rodriguez *et al.*, 1997; Arata, 2000), ma anche l'associazione tra il disturbo post-traumatico da stress e la violenza sessuale in età adulta (Arata, 2000; Messman-Moore *et al.*, 2005).

È stato riportato che il tasso di prevalenza medio di rivittimizzazione sessuale nei sopravvissuti ad abusi sessuali infantili è risultato del 47.9% nella meta-analisi di Walker e colleghi (2019) di 80 articoli (comprendente 12.252 sopravvissuti), con ciò suggerendo che quasi la metà dei sopravvissuti da abuso sessuale infantile diventerà una futura vittima di violenza sessuale.

La prevalenza della rivittimizzazione sessuale (definita come 2 o più stupri) e del disturbo post-traumatico da stress è stata stimata in uno studio inclusivo di 3 differenti campioni femminili a livello nazionale degli Stati Uniti, costituiti da 1.763 ragazze adolescenti (età media 14.5 anni, 69% bianche), 2.000 studentesse universitarie

(età media 20.1 anni, 75% bianche) e 3.001 donne adulte casalinghe (età media 46.6 anni, 78.2% bianche), che erano state vittime di violenza sessuale con l'uso della forza, con la minaccia della forza o mediante l'incapacità causata dall'uso di droghe o alcol, e che erano state sottoposte a interviste telefoniche strutturate.

I risultati hanno indicato che tra le partecipanti vittimizzate il 52.7% delle adolescenti, il 50.0% delle studentesse universitarie e il 58.8% delle casalinghe ha riferito una rivittimizzazione sessuale. Il disturbo post-traumatico da stress in atto è stato segnalato tra le rivittimizzate dal 20.0% delle adolescenti, dal 40.0% delle studentesse universitarie e dal 27.2% delle casalinghe.

Rispetto alle non vittime, le probabilità di avere un disturbo post-traumatico da stress negli ultimi 6 mesi erano da 4.3 a 8.2 volte superiori per le intervistate rivittimizzate e da 2.4 a 3.5 volte superiori per le vittime di violenza singola (Walsh *et al.*, 2012).

Gli stessi 3 campioni femminili sono stati utilizzati in uno studio che ha esaminato le associazioni tra la rivittimizzazione sessuale, il disturbo post-traumatico da stress e l'uso di alcol, marijuana e altre sostanze illecite (eroina, cocaina, fenciclidina, inalanti, metanfetamine, ketamina, allucinogeni, GHB e Roipnol) nell'ultimo anno.

Rispetto alle vittime di violenza sessuale singola e alle non vittime, le ragazze adolescenti e le casalinghe rivittimizzate hanno riportato un maggior consumo di altre sostanze illecite e di farmaci non prescritti da medici; le studentesse universitarie rivittimizzate hanno riferito un maggior consumo di sostanze illecite (quelle con vittimizzazione singola hanno riferito maggiore binge drinking e maggiore uso di marijuana).

Il disturbo post-traumatico da stress negli ultimi 6 mesi è stato associato con maggiore probabilità di consumo di tutti i tipi di droghe per le adolescenti, di farmaci non prescritti da medici per le studentesse universitarie e di uso di tutte le sostanze per le casalinghe.

Quindi, la rivittimizzazione sessuale e il disturbo post-traumatico da stress sono stati associati a modelli di consumo di sostanze più devianti nei 3 campioni, come comportamento di automedicazione (Walsh *et al.*, 2014).

In donne sopravvissute a violenze sessuali in età adulta la rivittimizzazione sessuale può mediare il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e il consumo problematico di alcol (conseguenze solitamente contemporanee).

In uno studio longitudinale di 3 anni, attuato mediante interviste in 3 momenti temporali successivi, sono stati esaminati i dati di un campione ampio e diversificato etnicamente (principalmente 39.7% bianche, 43.8 nere/afroamericane, con età media di 36.24 anni) di 1.012 donne (54% del totale che ha completato le tre interviste al tempo T1, T2 e T3) dell'area metropolitana di Chicago (studentesse di istituti superiori e università, professioniste in ambito commerciale, utenti di agenzie di salute mentale e di servizi di violenza sessuale) sopravvissute a violenze sessuali ed è stato esaminato se la vittimizzazione sessuale ripetuta fosse correlata a un maggiore disturbo post-traumatico da stress e al consumo di alcol.

I risultati hanno indicato che l'abuso sessuale in età minore (CSA) era associato a maggiori sintomi post-traumatici e al consumo problematico di alcol e che la vittimizzazione sessuale intervenuta successivamente era associata a maggiori sintomi post-traumatici e a problemi di consumo di alcol sia a distanza di 1 che di 2 anni di follow-up.

La rivittimizzazione sessuale durante lo studio ha predetto i sintomi post-traumatici e i problemi di consumo di alcol delle vittime sopravvissute (Ullman, 2016).

La review di Walker e Wamser-Nanney (2022), che ha incluso 228 studi relativi al maltrattamento infantile ed alla rivittimizzazione in età adulta, ha messo in risalto che l'abuso infantile sessuale e fisico è correlato alla violenza sessuale (SV) e alla violenza da parte del partner intimo (IPV) sia nelle donne che negli uomini, suggerendo così che gli individui maltrattati da minorenni sono ad alto rischio di rivittimizzazione sessuale.

È stato messo in evidenza all'interno di un quadro ecologico che la rivittimizzazione sessuale è correlata con molteplici fattori che possono aumentarne il rischio, tra cui:

1. il disturbo post-traumatico da stress, che sembra essere particolarmente importante in questa relazione di rivittimizzazione; infatti i sopravvissuti di violenza sessuale da adulti, come quelli da abuso sessuale infantile, sono ad alto rischio di sviluppare il disturbo post-traumatico da stress con percentuali dal 30 al 50%;
2. la disregolazione delle emozioni che è frequentemente associata al disturbo post-traumatico da stress e alla rivittimizzazione;
3. la rabbia (compresa con l'aggressività nel cluster dei sintomi post-traumatici di alterazione dell'arousal e della reattività) che aumenta il rischio di rivittimizzazione sia per le donne che per gli uomini;
4. l'incapacità di riconoscere il rischio in situazioni pericolose di rivittimizzazione, come conseguenza di deficit cognitivi collegati al maltrattamento infantile, a cui possono contribuire anche i sintomi dissociativi e di ottundimento emotivo (reattività emotiva attenuata) del disturbo post-traumatico da stress nel diminuire complessivamente la consapevolezza;
5. l'abuso di sostanze e/o alcol come meccanismo chiave di menomazione dei comportamenti di auto-protezione (con visibilità di vulnerabilità nell'intossicazione) e di aumentata probabilità di mettersi in situazioni potenzialmente pericolose di rivittimizzazione;
6. l'aumentata propensione a impegnarsi in comportamenti sessuali a rischio, che, analogamente all'abuso di sostanze, sono una modalità di far fronte disadattiva alle emozioni negative (es. sentimenti di tristezza e di solitudine) e che aumentano il rischio di rivittimizzazione;
7. la mancanza di assertività sessuale (conseguente all'acquisizione fin da un'età precoce di un ruolo sociale di vittima) che in situazioni potenzialmente pericolose di rivittimizzazione è più probabile determini una mancanza di reazione e di opposizione assertiva;
8. la dissociazione, per cui è possibile che, quando un sopravvissuto da maltrattamento infantile riconosce una minaccia, possa distaccarsi emotivamente da se stesso, invece di rispondere con rabbia o assertività;

la dissociazione (analogamente al rinforzo negativo dell'abuso di sostanze) può ostacolare la capacità di elaborare le informazioni e di rispondere in modo assertivo e protettivo durante situazioni potenzialmente minacciose di rivittimizzazione.

Nel complesso i risultati, ottenuti da una vasta letteratura sulla rivittimizzazione sessuale e da molti altri studi che incorporano altre forme di rivittimizzazione, mettono in luce che il disturbo post-traumatico da stress è da considerare una componente cruciale e permette inoltre di spiegare i ruoli degli altri fattori (sopra esposti) che mettono a rischio di rivittimizzazione sessuale in età adulta i sopravvissuti di maltrattamento infantile.

Riferimenti bibliografici

- Abbey A. (2008). *Alcohol and sexual violence perpetration*. Harrisburg, PA: VAWnet, National Online Resource Center on Violence Against Women, december.
- Abbey A. (2011). Alcohol's role in sexual violence perpetration: Theoretical explanations, existing evidence, and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 30: 481-489.
- Arata C.M. (2000). From child victim to adult victim: A model for predicting sexual revictimization. *Child Maltreatment*, 5, 28-29.
- Basile K.C., Smith S.G., Chen J., Zwald M. (2021). Chronic diseases, health conditions, and other impacts associated with rape victimization of U.S. Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 36: 10861-10883.
- Bryan A.E.B., Norris J., Abdallah D.A., Stappenbeck C.A., Morrison D.M., Davis K.C., George W.H., Danube C.L., Zawacki T. (2016). Longitudinal change in women's sexual victimization experiences as a function of alcohol consumption and sexual victimization history: A latent transition analysis. *Psychology of Violence*, 6: 271-279.
- Danielson C.K., Hahn A., Bountress K.E., Adams Z.W., Calhoun C., Amstadter A.B., Thomas S. (2021). Associations of subjective and objective stress responses with interpersonal trauma, PTSD, stress-induced drinking, and drinking to cope young adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35: 29-41.
- Dardis C.M., Ullman S.E., Rodriguez L.M., Waterman E.A., Dworkin E.R., Edwards K.M. (2021). Bidirectional associations between alcohol use and intimate partner violence and sexual assault victimization among college women. *Addictive Behaviors*, 116: 1-20. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.106833
- Di Giacomo E., Alamia A., Cicolari F., Cimolai F., Clerici M. (2014). Abuso sessuale in età adulta: quando la sofferenza di psiche e soma si fonde. *Rivista di Psichiatria*, 49: 172-179.
- Dworkin E.R., Ojaetho H., Bedard-Gilligan M.A., Cadigan J.M., Kaysen D. (2018). Social support predict reductions in PTSD symptoms when substances are not used to cope: A longitudinal study of sexual assault survivors. *Journal of Affective Disorders*, 229: 135-140.
- Dworkin E.R., Jaffe A.E., Bedard-Gilligan M.A., Fitzpatrick S. (2023). PTSD in the year following sexual assault: A meta-analysis of prospective studies. *Trauma, Violence, and Abuse*, 24: 329-339.
- George W.H., Stoner S.A. (2000). Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annual Review of Sex Research*, 11: 92-124.

- Hawn S.E., Cusack S.E., Amstadter A.B. (2020). A systematic review of the self-medication hypothesis in the context of posttraumatic stress disorder and comorbid problematic alcohol use. *Journal of Traumatic Stress*, 33: 699-708.
- Kilpatrick D.G., Acierno R., Saunders B., Resnick H.S., Best C.L., Schnurr P.P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68: 19-30.
- Lau M., Kristensen E. (2010). Sexual revictimization in a clinical sample of women reporting childhood sexual abuse. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64: 4-10.
- McCauley J.L., Calhoun K.S., Gidycz C.A. (2010). Binge drinking and rape: a prospective examination of college women with a history of previous sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 25: 1655-1668.
- Mehr J.B., Bennet E.R., Price J.L., de Souza N.L., Buckman J.F., Wilde E.A., Tate D.F., Marshall A.D., Dams-O'Connor K., Esopenko C. (2023). Intimate partner violence, substance use, and health comorbidities among women: A narrative review. *Frontiers in Psychology*, 13: 1-14.
- Messman-Moore T.L., Brown A.L., Koelsch L.E. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress*, 18: 253-261.
- Miles L.W., Valentine J.L., Mabey L., Downing N.R. (2022). Mental illness as a vulnerability for sexual assault: a retrospective study of 7,455 sexual assault forensic medical examinations. *Journal of Forensic Nursing*, 18: 131-138.
- Molstad T.D., Weinhardt J.M., Jones R. (2023). Sexual assault as a contributor to academic outcomes in university: A systematic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 24: 218-230.
- Müller M., Ajdacic-Gross V., Rodgers S., Kleim B., Seifritz E., Vetter S., Egger S.T., Rössler W., Castelao E., Preisig M., Vendeleur C. (2018). Predictors of remission from PTSD symptoms after sexual assault and non-sexual trauma in the community: A mediated survival-analytic approach. *Psychiatry Research*, 260: 262-271.
- Norris J. (2008). *The relationship between alcohol consumption and sexual violence*. Harrisburg, PA: VAWnet, National Online Resource Center on Violence Against Women, december.
- Ouimette P.C. (1997). Psychopathology and sexual aggression in nonincarcerated men. *Violence and Victims*, 12: 389-395.
- Parks K.A., Romosz A.M., Bradizza C.M., Hsieh Y. (2008). A dangerous transition: Women's drinking and related victimization from high school to the first year at college. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69: 65-74.
- Pemberton J.V., Loeb T.B. (2020). Impact of sexual and interpersonal violence and trauma on women: Trauma-informed practice and feminist theory. *Journal of Feminist Family Therapy*, 32: 115-131.
- Reed E., Amaro H., Matsumoto A., Kaysen D. (2009). The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victim and perpetrator substance use. *Addictive Behaviors*, 34: 316-318.
- Rodriguez N., Ryan S.W., Vande Kemp H., 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: 53-59.
- Senn C.Y., Eliasziw M., Barata P.C., Thurston W.E., Newby-Clark I.R., Radtke H.L., Hobden K.L.; SARE Study Team (2014). Sexual violence in the lives of first-year university women in Canada: no improvements in the 21st century. *BMC Womens Health*, 14, doi.org/10.1186/s12905-014-0135-4.
- Sheerin C., Berenz E.C., Knudsen G.P., Reichborn-Kjennerud T., Kendler K.S., Aggen S.H., Amstadter A.B. (2016). A population-based study of help seeking and self-medication among trauma-exposed individuals. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30: 771-777.
- Siconolfi D., Davis J.P., Pedersen E.R., Tucker J.S., Dunbar M.S., Rodriguez A., D'Amico E.J. (2023). Trajectories of emerging adults' binge drinking and depressive symptoms and associations with sexual violence victimization: Examining differences by sexual and gender minority status. *Journal of Interpersonal Violence*, 38: 6085-6112.
- Simpson T.L., Stappenbeck C.A., Luterek J.A., Lehavot K., Kaysen D.L. (2014). Drinking motives moderate daily relationships between PTSD symptoms and alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 123: 237-247.
- Tyler K.A., Schmitz R.M., Adams S.A. (2017). Alcohol expectancy, drinking behavior, and sexual victimization among female and male college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 32: 2298-2322.
- Ullman S.E., Relyea M., Peter-Hagene L., Vasquez A.L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual victims. *Addictive Behaviors*, 38: 2219-2223.
- Ullman S.E. (2016). Sexual revictimization, PTSD, and problem drinking in sexual assault survivors. *Addictive Behaviors*, 53: 7-10.
- Walker H.E., Wasmer-Nanney R. (2022). Revictimization risk factor following childhood maltreatment: A literature review. *Trauma, Violence, and Abuse*. DOI: 10.1177/15248380221093692
- Walker H.E., Freud J.S., Ellis R.A., Fraine S.M., Wilson L.C. (2019). The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma, Violence, and Abuse*, 20: 67-80.
- Walsh K., Danielson C.K., McCauley J.L., Saunders B.E., Kilpatrick D.G., Resnick H.S. (2012). National prevalence of posttraumatic stress disorder among sexually revictimized adolescent, college, and adult household-residing women. *Archives of General Psychiatry*, 69: 935-942.
- Walsh K., Resnick H.S., Danielson C.K., McCauley J.L., Saunders B.E., Kilpatrick D.G. (2014). Patterns of drug and alcohol use associated with lifetime sexual revictimization and current posttraumatic stress disorder among three national samples of adolescent, college, and household-residing women. *Addictive Behaviors*, 39: 684-689.
- Wegner R., Abbey A. (2016). Individual differences in men's misperception of women's sexual intent: Application and extension of the confluence model. *Personality and Individual Differences*, 94: 16-20.
- Zinzow H.M., Thompson M. (2015). Factors associated with use of verbally coercive, incapacitated, and forcible sexual assault tactics in a longitudinal study of college men. *Aggressive Behavior*, 41: 34-43.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.

