

Simposio 5: Disturbi sessuali

Chairman: Davide Dèttore

Michele Giannantonio, Milano, 335/8149398; [m-giannantonio@mclink.it](mailto:m-giannantonio@mclink.it)

Maria Puliatti, Milano, Roma [mrp.puliatti@tiscali.it](mailto:mrp.puliatti@tiscali.it)

**Conseguenze sessuologiche e uro-ginecologiche a lungo termine dell'abuso sessuale infantile. Considerazioni diagnostiche e implicazioni terapeutiche**

Michele Giannantonio, libero professionista, Milano

Maria Puliatti, AIED: Servizio di Patologia Vulvare, Roma; Presidente Associazione Italiana Vulvodinia

Abstract

Negli ultimi si sta riscontrando una interessante correlazione tra abuso sessuale infantile e disturbi uro-ginecologici in età adulta, correlazione molto variabile secondo i dati della letteratura. Si ritiene che tali problematiche possano essere frequentemente sottodiagnosticate o erroneamente diagnosticate e per tale motivo si suggeriscono specifiche attività di indagine clinica, unitamente ad interventi psicoterapeutici specificatamente calibrati sulla natura multidimensionale che sembra caratterizzare l'eziologia di questo disturbi.

Introduzione

L'abuso sessuale infantile è un fattore eziologico aspecifico della psicopatologia adulta (Chu, 1998; Thompson et al., 2003; van der Kolk, 2002), ma nondimeno si correla frequentemente a problematiche di tipo sessuologico e, nelle donne, anche di tipo uro-ginecologico. I disturbi del desiderio, dell'eccitazione, dell'orgasmo, da avversione e da dolore, come vaginismo e dispareunia, vengono infatti frequentemente riscontrati (Sarwer e Durlak, 1996; Bartoi e Kinder, 1998; Reissing, Binik, Khalifè, Cohen e Ansel, 2003; Rellin e Meston, 2006). Indagini cliniche e anamnestiche dettagliate, però, indicano con evidenza come siano evidenziabili anche conseguenze cliniche differenti, probabilmente frequentemente sottodiagnostiche, erroneamente diagnosticate o subcliniche, che nondimeno possono interferire profondamente sulla qualità della vita sessuale ed esistenziale di una persona, e che inoltre possono anche non essere riferite spontaneamente

dal paziente.

Ad esempio, si possono rilevare conseguenze dell'abuso sessuale infantile nelle persone adulte a livello dei seguenti ambiti:

- A. presenza di stati emotivi negativi, evidenziabili ad esempio come:
- difficoltà di abbandono, probabilmente correlate ad una minore - anche qualora non assente - capacità orgasmica (Tsai, Feldman-Summers e Edgar, 1999);
  - sensazioni di disagio e di disgusto inopportune e, in generale, presenza di stati emotivi negativi o dissonanti disseminati all'interno delle attività intime più comuni (Giannantonio, 2006);
  - sensi di colpa inadeguati per la propria attività sessuale, per il desiderio, per i segnali fisiologici di eccitazione, per la possibilità di prendere l'iniziativa, per il libero assecondamento dell'orgasmo, per l'immaginario erotico, per l'esistenza stessa dei propri organi genitali.
- B. Percezione distorta dei propri organi genitali: attraverso l'utilizzo del disegno dei genitali (vedi oltre) emerge spesso una rappresentazione peculiare degli stessi, come ad esempio:
- confusione circa gli orifizi: urina e mestruazioni uscirebbero dallo stesso orifizio;
  - il canale vaginale può essere rappresentato come eccessivamente stretto o assente;
  - assenza di clitoride (Puliatti e Petrocelli, 2006)
- C. Atteggiamento nei confronti dell'autoerotismo: fobicamente evitato o vissuto con sensi di colpa, paura, o agito compulsivamente; modalità di stimolazione infantile che possono alludere alla difficoltà di esplorare o di godere appieno e consapevolmente della propria femminilità.
- D. Caratteristiche specifiche - ma non certo patognomiche - dell'immaginario erotico che, di volta in volta, può rivelarsi: povero, coartato, assente, con forti connotazioni sadiche e/o masochistiche o pedofiliche, vissuto con inadeguati sentimenti di colpa o di vergogna;
- E. difficoltà nella percezione e/o nell'espressione assertiva dei propri bisogni e delle proprie preferenze erotiche;
- F. eccessiva utilizzazione della sessualità come regolatore di stati emotivi, tipicamente

- connessa ad una seguente autosvalutazione;
- G. rigida scissione tra sessualità e affettività, ed anche impossibilità di una loro reciproca integrazione.
- H. comportamento sessuale eccessivamente accomodante;
- I. alessitimia (Taylor, Bagby e Parker; 1997);
- J. disturbi a carico dell'apparto uro-ginecologico (vedi oltre).

Negli ultimi anni un gran numero di ricerche ha sottolineato l'associazione tra una precedente storia di abuso sessuale, fisico ed emozionale in età infantile e differenti patologie croniche caratterizzate da **dolore** (Green, Flowe-Valencia, Rosenblum e Tait, 2001; Lampe et al., 2003; Brown, Berenson e Cohen, 2005; Radolph, e Reddy, 2006; Walsh, Jamieson, Macmillian e Boyle, 2007; Sachs-Ericsson, Kendall-Tackett e Hernandez, 2007) in particolare a carico dell'apparato uro-ginecologico (Kirkengen, Schei e Steine, 1993; Puliatti, 2007b). Fra i disturbi attualmente più studiati abbiamo la *vulvodinia* (Harlow e Stewart, 2005; Edwards et al., 1997; Dalton et al., 2002; Puliatti et al. 2002; Puliatti, 2005; Fenton, Durner e Fanning, 2008) e il *dolore pelvico cronico* (Reiter e Gambone, 1990; Jamienson, e Steege, 1997; Lampe et al., 2000; Green, Flowe-Valencia, Rosenblum e Tait, 2001); recentemente si sta anche sviluppando un interessante filone di ricerca sulla *cistite interstiziale* (Berberich e Neubauer, 2004; Peter et al., 2007; Puliatti, Fiacchi e Silipigni, 2007; Fenton, Durner e Fanning, 2008).

La vulvodinia è un dolore vulvare cronico, anche invalidante, che - fatto forse ancora non adeguatamente noto - si presenta come una delle più comuni affezioni del basso tratto genitale femminile; si presenta come un dolore acuto ad ogni tentativo di penetrazione, ma il dolore - anche intollerabile - può essere anche indipendente dai rapporti sessuali; si manifesta come una dolorabilità alla pressione localizzata al vestibolo vaginale e può essere presente un eritema di varia intensità (Micheletti e Bogliatto, 2003; Graziottin, 2004; Puliatti, 2004, 2007a).

Il dolore pelvico cronico è una sintomatologia dolorosa - non spiegabile organicamente - in zona pelvica e/o addominale della durata superiore a 6 mesi. La crisi dolorosa si associa frequentemente a sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) e sintomi cardiocircolatori (tachicardia, cefalea) (Moro, 2007).

La cistite interstiziale, chiamata anche *vescica irritabile* o *sindrome uretrale*, è una patologia tipica del sesso femminile. I disturbi che più frequentemente la caratterizzano sono i seguenti: disturbi nella minzione, dolore minzionale, sebbene in assenza di

infezioni. Il dolore può presentarsi in forma di crisi o continuativamente, essere localizzato o diffuso, sotto forma di dispareunia, senso di tensione, bruciori (Berberich e Neubauer, 2004; Petrocelli e Puliatti, 2007; Puliatti, Fiacchi e Silipigni, 2007).

Certamente i vettori eziologici di tali disturbi uro-ginecologici non possono essere interamente attribuiti alla presenza di un abuso sessuale infantile, ma ci troviamo con ogni probabilità di fronte a cause molteplici, diversamente intrecciate reciprocamente, di volta in volta con funzione di stabilizzatori o amplificatori dei disagi esistenti. Attualmente la letteratura si riferisce principalmente alla seguenti dimensioni eziologiche:

- A. post-traumatica in senso stretto; un Disturbo Post-traumatico da Stress, anche sottosoglia o parziale (Schützwohl e Maercker, 1999; Mylle e Maes, 2004), che si manifesterebbe con specifici sintomi intrusivi, tipicamente elicitati da situazioni intime, ma potendo anche essere caratterizzato da sintomatologie pervasive, caratterizzate da evitamento massiccio e da flashbacks; alcuni sintomi potrebbero anche essere concepiti nei termini della presenza di una *dissociazione somatoforme* (Cardena e Nijenhuis, 2000; Nijenhuis, 2004), ovvero “un insieme di risposte somatoformi da uno stato dissociativo che non possono essere spiegate secondo una prospettiva medica”. Alcuni esempi sono i seguenti: anestesia, ipoestesia, dolore, sensazioni “strane”, sensazioni di “sporco” (Nijenhuis et al., 2003; Nijenhuis, 2004).
- B. Connessa ad una eccessiva e tipicamente cronica tensione muscolare, in alcuni casi da intendersi come sintomo di iperattivazione proprio di un Disturbo Post-traumatico da Stress;
- C. connessa a difficoltà di gestione interpersonale, come ad esempio: difficoltà ad opporre un rifiuto, ad esprimere la rabbia e il dissenso;
- D. connessa a deficit di monitoraggio metacognitivo e all’alessitimia, che ostacolano l’accoglimento del ciclo della risposta sessuale.
- E. vulnerabilità soggettiva;
- F. presenza di disturbi squisitamente ginecologici.

## Aspetti psicodiagnostici

Una corretta attività psicodiagnostica nell'ambito dei disturbi uro-ginecologici femminili prevede, innanzitutto e come ovvio, una visita ginecologica da parte di uno specialista specificatamente preparato nella valutazione di tali problematiche.

Il colloquio clinico, inevitabilmente, dovrà essere approfondito e dettagliato allo scopo di evidenziare con precisione la fenomenologia dei disturbi presentati, l'evoluzione storica, la dipendenza da contesti ed eventi di vita, relazioni interpersonali, e le intersezioni con la sessualità tout court.

Oltre a ciò, possono essere utilizzati strumenti ulteriori allo scopo di evidenziare aspetti non riferibili dalla paziente in quanto non pienamente consapevoli, come ad esempio la percezione dello schema corporeo (vedi oltre), oppure difficilmente riferibili perché causa di imbarazzo o vergogna.

Il *Disegno dei Genitali* (Puliatti e Petrocelli, 2006) è uno strumento grafico che può contribuire al raggiungimento dei seguenti obiettivi: favorire l'esplicitazione formale della costruzione della realtà interna rendendola reale e condivisibile, facilitando in questo modo il passaggio tra immagine mentale e processo cognitivo; facilitare il dialogo su temi sessuali; evidenziare il livello informativo circa le proprie conoscenze sull'anatomia dei genitali. È infatti di particolare importanza conoscere con esattezza a cosa si riferiscono le pazienti quando fanno riferimento a zone genitali specifiche; non di rado, infatti, può accadere che ci sia confusione, anche notevole, sull'anatomia genitale, e si chiami ad esempio "vagina" l'utero, o "utero" i genitali esterni. Difficoltà di questo tipo, inoltre, non sono sempre legate ad un basso livello culturale o alla giovane età di una paziente, ma sono probabili indicatori di una inibizione nei confronti della conoscenza della propria sessualità e del suo contenuto simbolico, venendo in alcuni casi anche a configurarsi come un vero disturbo dello schema corporeo (ibid.), che difficilmente può essere evidenziato con strumenti differenti.

Alle donne viene chiesto di disegnare sia gli organi genitali esterni, sia gli organi interni. La consegna è la seguente: "Fai un respiro profondo, e prova ad immaginare i tuoi organi genitali, sia esterni che interni. Quando ti senti pronta puoi disegnarli".

Con un approccio di differente natura, ma pienamente integrabile con quello dei Disegno dei Genitali, uno strumento anamnestico di nuova concezione, il *Questionario Analitico sui Disturbi Sessuali Femminili* (QDSF) (Giannantonio, 2006), indaga, da un punto di vista

qualitativo, le principali aree della sessualità femminile che possono presentare disfunzioni, patologie ma anche problemi sub-clinici. Tale strumento può essere somministrato con più obiettivi, quali ad esempio: aiutare una paziente a focalizzare disturbi o disagi sessuali che non riesce ad identificare, ma anche facilitare l'esposizione delle proprie problematiche qualora, per motivi di imbarazzo, abbia difficoltà a verbalizzare nel colloquio le caratteristiche della propria vita sessuale. Le aree di indagini indagate nel dettaglio sono le seguenti: informazioni generali, rapporto con il corpo (compresi i genitali), desiderio sessuale, eccitazione sessuale, dolore sessuale (durante i rapporti e non), metodi anticoncezionali utilizzati, concezioni sugli uomini, opinioni sulla sessualità, immaginario erotico, autoerotismo, qualità e frequenza dei rapporti, esperienze sessuali ed emozioni in esse presenti, abuso sessuale infantile e abuso sessuale in età adulta, entrambi definiti in modo preciso, anche nelle loro manifestazioni meno evidenti o spesso banalizzate dalle donne vittime di molestie o abuso sessuale (ibid.).

#### L'approccio terapeutico

Sulla base delle considerazioni precedenti, un intervento terapeutico efficace nei confronti dei disturbi uro-ginecologici connessi ad un abuso sessuale infantile dovrebbe essere confezionato tenendo conto della dimensione multifattoriale che li contraddistingue, a cominciare inevitabilmente dagli aspetti psicotraumatologici, pena il fallimento terapeutico, o una sua evoluzione decisamente parziale. I livelli di intervento dovrebbero quindi essere molteplici ed intrecciati, a seconda delle caratteristiche della paziente, del disturbo presentato e della fase della terapia. Sommariamente si possono indicare i seguenti:

1. Stabilizzazione della paziente (a seconda dei casi: farmacologica, relazionale, sintomatologica), che frequentemente può presentare in comorbidità anche Disturbi di Personalità, dell'Umore e d'Ansia (Giannantonio 2009) e necessitare di interventi farmacologici (per una rassegna autorevole e aggiornata sugli aspetti neurobiologici del Disturbo Post-traumatico da Stress: de Kloet, Oitzl e Vermetten, 2008).
2. Tecniche di gestione della tensione muscolare e del dolore fisico, attraverso l'utilizzo di tecniche di rilassamento quali ad esempio il rilassamento muscolare progressivo (Bertolotti, 2006; Puliatti 2007), mirato soprattutto alla regione genitale, o specifiche tecniche di autoipnosi (Giannantonio, 2005, 2009);

Giannantonio, Lenzi, 2009). Per la diminuzione del tono muscolare e del dolore si stanno rivelando particolarmente interessanti anche gli approcci basati sull'elettrostimolazione (TENS: *Trans Electric Nerve Stimulation*) (Glazer et al. 1995; Glazer, 2000; Bergeron et al. 2001; Murina, Radici, Felice e Bianco 2006; Jantos, 2008).

3. Intervento focalizzato sugli episodi di abuso attraverso approcci psicoterapeutici di comprovata e non aprioristica efficacia nel trattamento del Disturbo Post-traumatico da Stress (per una rassegna autorevole: Foa, Keane e Friedman, 2000), in differente misura basati su strategie di esposizione (Cardeña, Maldonado, van der Hart e Spiegel, 2000; Shapiro, 2001; Foa, Hembree e Rothbaum, 2007).
4. Intervento focalizzato su ulteriori esperienze sessuali condizionanti (come al punto 3).
5. Intervento focalizzato sulle esperienze di dolore attraverso strategie basate sull'esposizione (Giannantonio, 2005, 2007) o attraverso specifici protocolli di applicazione dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Puliatti, 2007a).
6. Libri di autoaiuto che forniscano informazioni dettagliate, amplifichino le capacità di autovalutazione e contribuiscano alla pianificazione e alla applicazione dei cambiamenti terapeutici (Giannantonio, 2005).
7. Tecniche sessuologiche classiche, basate sull'esposizione in vivo o immaginativa, anche in un contesto ipnotico (Giannantonio, 2005, 2007; Giannantonio, Lenzi, 2009), quali ad esempio: esercizi di Kegel, di focalizzazione sensoriale; esplorazione e conoscenza del corpo; desensibilizzazione nei confronti dell'autoerotismo e della penetrazione.

Sinteticamente, il processo terapeutico proposto può essere rappresentato attraverso il seguente diagramma di flusso, che prevede che ad ogni passaggio evolutivo nel percorso terapeutico possa emergere la necessità di rifocalizzarsi sulle strategie di stabilizzazione della paziente:

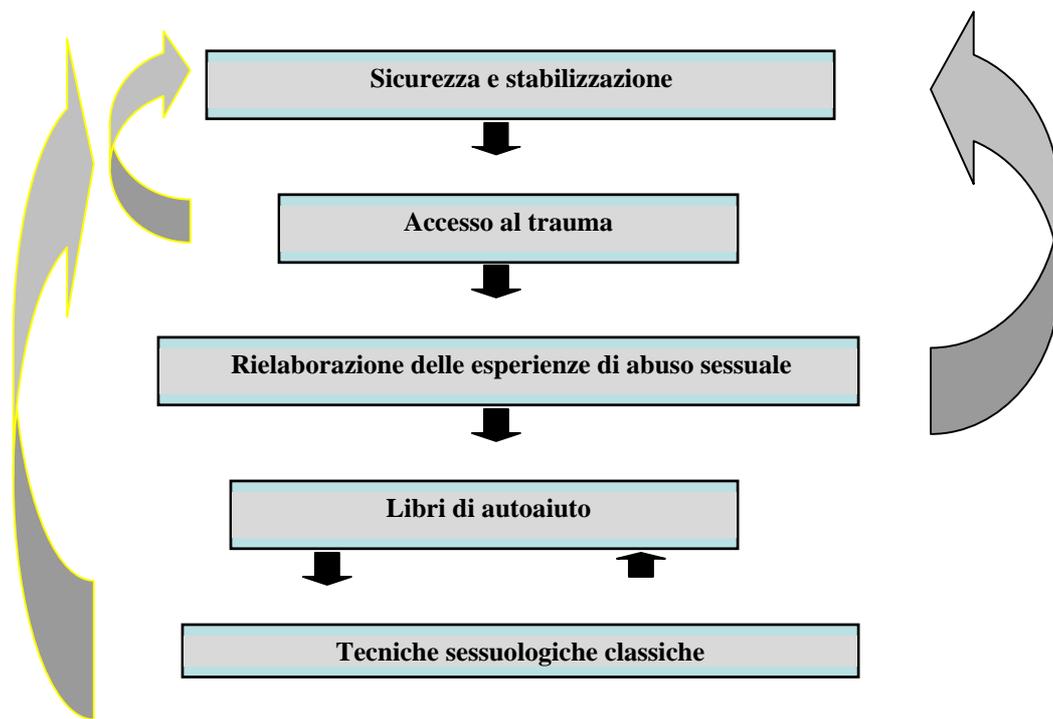


Fig. 1 Strategia terapeutica nel trattamento dei disturbi uro-ginecologici

## Conclusioni

La presenza di abuso sessuale infantile può essere correlata a disturbi sessuali e uro-ginecologici in età adulta, anche se in assenza dei più classici disturbi sessuali, e in alcuni casi anche consentendo un ciclo della risposta sessuale pienamente funzionante. Nonostante ciò, il disagio clinico ed esistenziale evidenziato dalle pazienti può essere significativo ed anche invalidante sul versante di disturbi uro-ginecologici dall'eziologia complessa e multifattoriale. L'impiego di un accurato colloquio clinico e l'applicazione di specifici strumenti psicodiagnostici possono rivelarsi decisivi per il corretto inquadramento del caso. Il trattamento di tali condizioni cliniche non dovrebbe prescindere dall'applicazione di strategie terapeutiche efficaci e specificatamente calibrate sulle peculiarità presentate dai disturbi post-traumatici, ma deve essere integrata con una messe di altri approcci, a cominciare da quelli appartenenti alla più consolidata tradizione sessuologica.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association: Washington DC. Trad it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Masson, 2001.
- Bartoi A.G. & Kinder B.N. (1998). Effects of child and adult sexual abuse on adult sexuality. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24, 2, 75-90.
- Berberich H.J. & Neubauer H. (2004). Urological dysfunction after sexual abuse and violence. *Urologe*, 43, 3, 273-7.
- Bergeron. S., Binik, Y.M., Khalifé, S., Pagidas, K., Glazer, H.I., Meana, M., & Amsel, R. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 91, 3, 297-306.
- Bertolotti, G. (2005). *Il rilassamento progressivo in psicologia. Teoria, tecnica, valutazione*. Roma: Carocci.
- Brown, J., Berenson, K. & Cohen, P. (2005). Documented and self-reported child abuse and adult pain in a community sample. *Clinical Journal Pain*, 21, 5, 374-7.
- Berberich, H.J. & Neubauer, H. (2004). Urological dysfunction after sexual abuse and violence. *Urologe*, 43, 3, 273-7.
- Cardeña, E., Maldonado, J., van der Hart, O. & Spiegel, D. (2000). Hypnosis. In E. B. Foa, T. Keane., M. J. Friedman (a cura di), *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD* (pp. 247-279). New York: Guilford.
- Cardeña, E. & Nijenhuis, E. R. S. (2000). Embodied sorrow: a special issue on somatoform dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 4, 1-5.
- Chu, J. A. (1996). Posttraumatic responses to childhood abuse and implications for treatment. In L. K. Michelson & W. L. Ray, 1996 (pp. 381-397).
- De Kloet, E. R., Oitzl, M. S. & Vermetten, E. (Eds) (2008). *Stress Hormones and Post Traumatic Stress Disorder. Basic Studies and Clinical Perspectives*. Amsterdam: Elsevier
- Dèttore, D. (2001). *Psicologia e psicopatologia del comportamento sessuale*. Milano: McGraw-Hill.
- Dietrich, A. M. (2000). A Review of Visual/Kinesthetic Disassociation in the Treatment of Posttraumatic Disorders: Theory, Efficacy and Practice Recommendations. *Traumatology-E Journal*, 6, 2, pubblicato in <http://www.fsu.edu/~trauma/v6i2a3.html>.
- Edwards L., Mason M., Philips M., Norton J. & Boyle M. (1997). Childhood sexual and physical abuse. Incidence in patients with vulvodynia. *Journal Reproductive Medicine*, 42, 3, 135-9.
- Fenton, B.W., Durner, C., & Fanning, J. (2008). Frequency and Distribution of Multiple Diagnoses in Chronic Pelvic Pain Related to Previous Abuse or Drug-Seeking Behavior. *Gynecological Obstetric Investigation*, 65, 4, 247-251.
- Foa, E.B., Hembree, E.A. & Rothbaum, O.B. (2007). *Prolonged Exposure Therapy. Emotional Processing of Traumatic Experiences*. Oxford: Oxford University Press.
- Foa, E.B., Keane, T. & Friedman, M.J. (Eds) (2000). *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*. New York: Guilford.
- Giannantonio, M. (2005). *Fiori senza luce. Sentieri per la crescita sessuale femminile*. Salerno: Ecomind.
- Giannantonio, M. (2006). *Questionario Analitico sui Disturbi Sessuali Femminili. La diagnosi in sessuologia femminile*. Scaricabile gratuitamente in [www.psicotraumatologia.com](http://www.psicotraumatologia.com)
- Giannantonio, M. (2007). Desensibilizzazione e sviluppo di competenze interpersonali nel dolore sessuale. In M. Puliatti (a cura di) (2007), *Il dolore femminile* (pp. 361-379).

Salerno: Ecomind.

Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore

Giannantonio, M. & Lenzi, S. (2009). *Il Disturbo di Panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi, EMDR*. Cortina

Glazer, H.I. (2000). Dysesthetic vulvodinia. Long-term follow-up after treatment with surface electromyography-assisted plevic florr muscle rehabilitation. *Journal of Reproductive Medicine*, 45, 10, 798-802.

Glazer, H.I., Rodke, G., Swencionis, C., Hertz, R., & Young, A.W. (1995). Treatment of vulvar vestibulitis syndrome with electromyographic biofeedback of pelvic floor musculature. *Journal of Reproductive Medicine* 40, 4, 283-90.

Graziottin A. (2004). La vestibolite vulvare e il dolore cronico. In C. Benedetto, M. Massobrio (a cura di), *Psicosomatica in ginecologia e ostetricia. Una medicina a misura di donna* (pp. 166-176). Roma: CIC Edizioni Internazionali.

Green C.R., Flowe-Valencia H., Rosnblum L. & Tait A.R. (2001). The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management. *Clinical Journal Pain*, 17, 4, 359-64.

Harlow B.L. & Stewart E.G. (2005). Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization. *American Journal epidemiology*, 161, 9, 871-80.

Kirkengn AL., Schei B. & Steine S. (1993). Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patient in a general practice. *Scandinavian Journal Primary Health Care*, 4, 276-80.

Jantos, M. (2008). Vulvodynia: A Psychophysiological Profile Based on Electomyographic Assessment. *Application Psychophysiology Biofeedback*, 24 (epub ahead of print).

Jamienson, D.J. & Steege, J.F. (1997). The association of sexual abuse with pelvic pain complaints in a primary care population. *American Journal Obstetric Gynecological*, 177, 6, 1408-12

Lampe, A., Doering, S., Rumpold, G., Sölder, E., Krismer, M., Kantner-Rumplmair, W., Schubert, C. & Söllner, W. (2003). Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *Journal of Psychosomatic Research*. 54, 4, 361-7.

Lampe A., Solder E., Ennemoser, A., Schubert, C., Rumpold, G. & Sollner, W. (2000). Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstetrical Gynecology*, 6, 929-33.

Micheletti L. & Bogliatto F. (2003). Inquadramento della vulvodinia. In E. Piccione (a cura di) (2003), *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica* (pp. 61-64). Roma: CIC Edizioni Internazionali.

Michelson, L. K. & Ray, W. J. (a cura di) (1996). *Handbook of Dissociation. Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. New York: Plenum.

Moro, M. (2007). La sindrome da dolore pelvico cronico. In M. Puliatti (a cura di) (2007a), *Il dolore femminile. Diagnosi e terapia in sessuologia e ginecologia* (pp. 125-140).

Salerno: Ecomind.

Mylle, J. & Maes, M. (2004). Partial posttraumatic stress disorder revisited. *Journal of Affective Disorders*, 78, 1, 37-48.

Murina, F., Radici, G., Felice, R. & Bianco V. (2006, September). *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of vestibolodinia (localized vulvodinia): a double arm randomised placebo controlled trial*. Paper presented at the Sixth Postgraduated Course and Congress. European College for the Study of Vulvar Disease. Parigi.

Nijenhuis, E.R.S. (2004). *Somatoform Dissociation. Phenomena, measurement and theoretical issues*. Trad. it. *La dissociazione somatoforme*. Roma: Astrolabio, 2007.

Nijenhuis E.R.S., van Dyck R., Kuile M.M., Murtis M.J., Spinhoven P. & van der Hart O.,

- (2003). Evidence for association among somatoform dissociation, psychological dissociation and report trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic & Obstetrical Gynecology*, 24, 2, 87-98.
- Peters K.M., Kalinowski S.E., Carrico D.J., Ibrahim I.A. & Diokno A.C. (2007, september). Fact or fiction-is abuse prevalent in patients with interstitial cystitis? Result from a community survey and clinic population. *Journal of Urology* Sep, 891-5, discussion 895.
- Petrocelli V. & Puliatti M. (2007). Il dolore urologico. In M. Puliatti (a cura di) (2007a), *Il dolore femminile. Diagnosi e terapia in sessuologia e ginecologia* (pp. 141-150). Salerno: Ecomind.
- Puliatti, M., Dionisi, B., Senatori, R., Ronca, S., Lipa, P., Inghirami, P. & Anglana, F. (2002). Consulenza e trattamento psicoterapeutico ad orientamento corporeo nelle donne con vulvodinia. *Medicina Psicosomatica*, 47, 45-53.
- Puliatti, M. & Petrocelli, V. (2006), Rappresentazione grafica dei genitali nelle donne con vulvodinia. *Medicina Psicosomatica*, 51, 3, 111-117.
- Piccione, E. (a cura di) (2003). *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*. Roma: CIC Edizioni Internazionali.
- Puliatti, M. (2004). *L'approccio psicologico in patologia vulvare*. Roma: CIC Edizioni internazionali.
- Puliatti, M. (2005, novembre). *Approccio terapeutico di tipo psicologico: esperienza AIED*. In Corso: "Disagio e malessere nelle sindromi dell'area vulvare e del pavimento pelvico" Roma 26 novembre
- Puliatti, M. (a cura di) (2007a): *Il dolore femminile. Diagnosi e terapia in sessuologia e ginecologia*. Salerno: Ecomind
- Puliatti, M. (2007b, giugno). *Problematiche psicologiche e funzione sessuale*. In Atti del III° Corso base di patologia vulvare. Roma.
- Puliatti, M. (2007c, Novembre). *Vulvodinia: malattia di coppia o nella coppia*. Convegno, La relazione medico-paziente nella malattia cronica femminile: riflessi psicologici e rapporti di coppia nel caso della vulvodinia, Milano.
- Puliatti, M. (2007d, Dicembre). *Il ruolo della vestibolodinia: problematiche sessuologiche*. In II° Forum Regionale - Associazione Italiana Cistite Intersiziale, Roma.
- Puliatti, M., Fiacchi, S. & Silipigni, F. (2007). Aspetti psicologici e psicoterapia delle donne con cistite interstiziale. Terapia cognitivo-comportamentale e EMDR: un approccio integrato. *Medicina Psicosomatica*, 51, 3, 111-117.
- Randolph, M.E. & Reddy, D.M. (2006). Sexual abuse and sexual functioning in a chronic pelvic pain sample. *Journal of Child Sexual Abuse*, 15, 3, 61-78.
- Rellin, A.H. & Meston, C.M. (2006). Psychopathological sexual arousal in women with a history of child sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 5-22.
- Sachs-Ericsson, N, Kendall-Tackett, K. & Hernandez, A. (2007). Childhood abuse, chronic pain, and depression in the National Comorbidity Survey. *Child Abuse & Neglect*, 31, 5, 31-47.
- Randolph, M.E. & Reddy, D.M. (2006). Sexual functioning in women with chronic pelvic pain: the impact of depression, support, and abuse. *Journal of Sex Research*. 43, 1, 38-45.
- Walsh, C.A., Jamieson, E., Macmillan, H. & Boyle, M. (2007). Child abuse and chronic pain in a community survey of women. *Journal of Interpersonal Violence*. 22,12,1536-54.
- Reissing, E.D., Binik, Y.M., Khalifé, S., Cohen, D. & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 29, 1, 47-59.
- Sarwer, D.B. & Durlak, J.A. (1996). Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: a study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse & Neglect*, 20, 10,

963-7.

Reiter, R.C. & Gambone, J. (1990). Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstetrical Gynecology*, 75, 428-432.

Schützwohl, M. & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for Posttraumatic Stress Disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 1, 155-165.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. Seconda edizione. New York: Guilford

Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A (1997). *Disorder of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press. Trad. it. *I disturbi della regolazione affettiva. L'alestitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*. Roma: Giovanni Fioriti, 2000.

Thompson, K.M., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Mitchell, J.E., Relin, J., Demuth, G., Smyth, J. & Haseltine, B. (2003). Psychopathology and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 1, 35-38.

Tsai, M., Feldman-Summers, S. & Edgar, M. (1999). Childhood molestation: Variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 407-417.

van der Kolk, B. (2002). Assessment and treatment of Complex PTSD. In R. Yehuda, 2002, 128-156.

Yehuda, R. (a cura di) (2002). *Treating trauma survivors with PTSD*. Washington: American Psychiatric Publishing.