

DOLORE PELVICO CRONICO ED ABUSO INFANTILE: UNO STUDIO EPIDEMIOLOGICO

C. Belaise, S. Romans, E. Caffo, G.A. Fava

INTRODUZIONE

Negli ultimi vent'anni nella letteratura medico-scientifica abbiamo assistito ad un crescente interesse per quanto riguarda gli effetti a lungo termine dell'abuso subito nell'infanzia, sia fisico che sessuale. Psicologi e psichiatri hanno riconosciuto come conseguenze di abuso gravi sindromi psichiatriche (disturbo di somatizzazione, depressione grave, disturbo post-traumatico da stress, disturbi dissociativi, disturbo di personalità borderline e disturbo di personalità multipla) (1-3). Tuttavia, soltanto negli ultimi anni l'attenzione si è focalizzata sulle conseguenze psicosomatiche dell'abuso sessuale e fisico, vale a dire sulla loro associazione con certi disturbi funzionali inspiegabili da un punto di vista organico e difficili da trattare (4-9). In letteratura, l'attenzione è stata focalizzata sul dolore pelvico cronico (10-14) e su quelli che vengono definiti disturbi gastrointestinali funzionali, soprattutto la sindrome da colon irritabile (15, 16, 18-40). Talley et al. (41), sulla base dei risultati ottenuti in uno studio condotto sulla popolazione generale, delineano l'esistenza di una correlazione statisticamente significa-

tiva tra abuso e sindrome da colon irritabile ma ipotizzano che tale associazione possa in parte essere determinata da altri fattori psicologici come il nevroticismo. Quest'ultimo, spiegano, è un tratto di personalità caratterizzato da una reazione esagerata ai cambiamenti fisiologici (42, 43) e costituisce un importante fattore di vulnerabilità per i disturbi non appartenenti alla sfera psichiatrica. Il nevroticismo, inoltre, può esprimersi sotto forma di sintomi fisici in assenza di una chiara eziologia organica, oltre ad essere geneticamente determinato (42). La spiegazione di Talley potrebbe essere ritenuta valida anche per altri disturbi fisici, compreso il dolore pelvico.

Alcuni ricercatori hanno dimostrato una correlazione specifica tra abuso sessuale e dolore pelvico cronico (7-17) ed una correlazione più generica tra abuso fisico e dolore cronico (18-19). In un gruppo di 106 pazienti affette da dolore pelvico cronico (11), il 48% ha riferito di essere stato vittima di precedenti episodi di molestie, incesto o violenza. Inoltre, nella maggior parte dei casi, le pazienti hanno riportato storie di violenza ripetute nel tempo e protratte per anni che, solitamente, avevano avuto inizio nella tarda infan-

zia o nell'adolescenza. La cosa interessante è che, in molti casi, l'inizio della patologia è stato fatto risalire ad un particolare episodio di violenza subita. Toomey et al. (13), in un campione di pazienti con dolore pelvico cronico vittime di abuso, hanno riscontrato livelli più alti di somatizzazione, con un conseguente minor controllo sulla propria vita, e livelli maggiori di sofferenza psicologica rispetto al gruppo di donne non abusate.

Una storia di abuso sessuale infantile e di altre forme di abuso nell'infanzia è stata associata anche ad altri disturbi medici come attacchi non epilettici conosciuti anche come "pseudo seizures" (44-47), mal di schiena cronico (4, 48-52), dolore cronico in generale (53-55) e mal di testa (4, 56-57).

Inoltre, un articolo recente ha evidenziato una correlazione tra abuso subito nell'infanzia e diabete (58). Alcuni ricercatori sostengono che queste associazioni tra disturbi fisici e precedenti esperienze traumatiche siano legate a strategie di coping poco efficaci e ad un conseguente aumento dei processi di somatizzazione e dissociazione nei soggetti traumatizzati (59, 60). Altri, invece, sottolineano l'importanza del ruolo dei meccanismi neuroendocrini (61, 62) mentre altri ancora sostengono che vi siano meccanismi diversi che agiscono contemporaneamente (63). Se l'abuso sessuale determina, attraverso meccanismi neuroendocrini, lo sviluppo di una vulnerabilità fisiologica o se ha effetto sul comportamento anormale di malattia (64) è una domanda a cui soltanto la ricerca in ambito psicosomatico può rispondere (65). È stato riscontrato che donne che avevano subito abuso sessuale nell'infanzia avevano uno stile di difesa più immaturo rispetto al

gruppo di controllo (donne non abusate), anche se le vittime di abuso non riportavano livelli più elevati di dissociazione (66).

Non tutti i dati della letteratura riportano gli stessi risultati; ad esempio, Rapkin et al. non hanno riscontrato una maggior frequenza di abuso sessuale subito nell'infanzia in un gruppo di donne con dolore pelvico, ma piuttosto una frequenza maggiore di abuso fisico (67).

Tuttavia, i pochi e spesso divergenti risultati presenti in letteratura, che evidenziano una relazione tra abuso e dolore pelvico cronico, non possono ritenersi definitivi poiché si riferiscono a studi condotti su campioni ristretti e selezionati in ambito clinico, senza gruppi di controllo appropriati e con metodologie qualitativamente diverse (68). Nella ricerca sull'abuso, infatti, continuano ad emergere alcuni difetti che possono compromettere i risultati degli studi. Non esiste, ad esempio, accordo sulla definizione di abuso sessuale, cosicché studi diversi portano spesso, se confrontati, a risultati discordanti. I risultati spesso discordanti, però, non possono prescindere anche dalle reali differenze culturali che influiscono sul modo di reagire alle diverse esperienze traumatiche. Il fatto che non tutti i soggetti sottoposti a violenza sviluppino successivamente sintomi fa presumere che l'impatto che quest'ultima può avere sullo stato di salute dipenda dall'interazione con fattori individuali e ambientali e da come questi ultimi interagiscono, a loro volta, con la funzione e la sensibilità viscerale nel singolo individuo (69).

In un nostro studio epidemiologico è stata verificata ulteriormente l'esistenza di possibili relazioni tra esperienze di abuso e alcuni sintomi fisici e psico-

somatici, con particolare riferimento al dolore pelvico cronico. Il principio teorico di riferimento è la possibilità che, in presenza di fattori genetici ed ambientali che favoriscono la manifestazione di certi disturbi, la violenza, come evento traumatico, sia in grado di influire sullo stato psicologico dell'individuo determinando sia una serie di disturbi psicologici (ansia, depressione, somatizzazione) che la difficoltà a sviluppare strumenti psicologici protettivi nei confronti di ulteriori eventi stressanti provenienti dall'ambiente circostante (69). Riportiamo qui i dati che derivano da uno studio epidemiologico (70) riguardo al rapporto tra abuso e dolore pelvico cronico.

L'indagine è stata fatta in due stadi successivi: una fase iniziale (1989) (71, 72) ed una fase di follow-up dopo sei anni (66). Nella fase iniziale, ad un campione randomizzato di 3000 donne di età compresa tra i 26 e i 70 anni, selezionato all'interno della comunità dalle liste elettorali nella regione dell'Otago (Nuova Zelanda), è stato inviato per posta un questionario di autovalutazione che includeva domande relative ad esperienze di abuso, domande demografiche e di salute compreso il GHQ-28 (73) ed il *Robson Self Esteem* (74).

Successivamente, un campione di 497 donne, selezionato tra coloro che avevano risposto al questionario (metà avevano dichiarato di essere state abusate e metà no) è stato sottoposto ad un'intervista strutturata che comprendeva la forma breve del *Present State Examination* (75, 76), il *Parental Bonding Instrument* (PBI) (77), il Questionario sull'alcool WHO (78), l'*Intimate Bond Measure* (IBM) (79) e domande relative ad esperienze di abuso. Nella fase di follow-up, nel 1995,

354 donne tra quelle precedentemente intervistate nella fase iniziale dello studio, sono state nuovamente intervistate ed è stata fatta un'indagine sulla loro salute fisica.

Assessment dell'abuso sessuale nell'infanzia

Sono stati definiti abusi infantili tutti gli abusi subiti prima dei 16 anni.

Durante entrambe le interviste, sono state raccolte informazioni relative alla natura e alla frequenza dell'abuso, alla relazione tra il soggetto e l'abusatore e all'uso di violenza o di eventuali minacce. Sono stati stabiliti dei criteri di classificazione dell'abuso in base al grado di severità:

- 1) abuso senza contatto (incluso l'essere sottoposto ad iniziative indecenti e ad esibizionismo);
- 2) abuso senza contatto genitale (incluso contatti con seno, natiche, baci...);
- 3) abuso con contatto dei genitali del bambino;
- 4) abuso con contatto dei genitali dell'abusatore;
- 5) abuso con tentato rapporto sessuale (dove il bambino era stato immobilizzato, spogliato e costretto al contatto genitale);
- 6) abuso con penetrazione effettiva (rapporto sessuale o anale completo forzato, con o senza eiaculazione).

Assessment delle altre esperienze di abuso

Durante l'intervista del 1989 è stata fatta un'indagine su eventuali aggressioni fisiche da parte dei genitori subite durante l'infanzia (tanto gravi da procurare ferite durature e costanti). L'*assessment* dell'abuso sessuale e fisico subito in età adulta è stato condotto indagando su eventuali aggressioni sessua-

li (rapporto sessuale completo forzato, sesso orale e/o anale) o fisiche subite dopo i 16 anni.

Assessment sulla salute fisica dei soggetti

Durante l'intervista del 1995, ai partecipanti è stata mostrata una lista di 18 problemi fisici (artrite, problemi gravi alla schiena, fatica cronica, dialisi/infezioni o problemi alla vescica, dolore pelvico, emicrania/mal di testa, episodi prolungati di dolore, altri dolori (prego specificare), colon irritabile, problemi di stomaco o digestivi, asma/problemi di respirazione, cancro, diabete, pressione alta, problemi di cuore, ictus, altro). Alle donne è stato chiesto di indicare i disturbi che avevano avuto nei precedenti 12 mesi. Nel 1989 la percentuale di risposta al questionario inviato per posta è stata del 71% del campione di riferimento (donne sotto i 65 anni e residenti in centri urbani). Un totale di 497 donne [metà abusate sessualmente nell'infanzia e metà no (gruppo di controllo)]

sono state sottoposte all'intervista del 1989 e un totale di 354 all'intervista del 1995. Di queste 354 donne, 173 avevano riportato abusi sessuali nell'infanzia (di cui 39 senza contatto genitale, 80 senza penetrazione genitale e 54 con penetrazione effettiva) e 181 costituivano il gruppo di controllo.

Al termine dell'indagine è emersa una correlazione altamente significativa tra dolore pelvico cronico e abuso (sia sessuale che fisico) subito in età adulta, espressa rispettivamente con un livello di significatività minore dello 0.002 e minore dello 0.02. In contrasto con i dati pubblicati in letteratura è risultata un'assenza di correlazione statisticamente significativa tra dolore pelvico cronico ed abuso sessuale subito nell'infanzia (Tab. 1).

I risultati ottenuti in questo studio confermano l'esistenza di una correlazione specifica e statisticamente significativa tra dolore pelvico cronico ed alcune forme di abuso nella popolazione generale.

Tab. 1 - Relazione tra dolore pelvico cronico e abuso.

Dolore pelvico	Abusati	Non abusati	χ^2*	p-value	Odds ratio	95% - CI
Abuso sessuale infanzia	N = 173 (5.8%)	N = 181 (3.9%)	0.35	ns	1.53	0.57 - 4.10
Abuso fisico infanzia	N = 31 (3.2%)	N = 323 (5.0%)	<0.00 1	ns	0.64	0.08 - 5.00
Abuso sessuale in età adulta	N = 60 (13.3%)	N = 294 (3.1%)	9.36	<u>0.002</u>	4.87	1.80 - 13.21
Abuso fisico in età adulta	N = 95 (9.5%)	N = 255 (2.7%)	5.72	<u>0.02</u>	3.71	1.34 - 10.26

* Gradi di libertà = 1, in tutti i casi.

Lo studio, in particolare, evidenzia una correlazione altamente significativa tra dolore pelvico cronico ed abuso (sia sessuale che fisico) subito in età adulta. Tuttavia, non è emersa alcuna correlazione significativa tra dolore pelvico cronico ed esperienze di abuso sessuale nell'infanzia, ampiamente confermata in letteratura sulla popolazione clinica. Questo risultato fa riflettere sulle differenze tra gli studi condotti su campioni randomizzati all'interno della comunità e quelli raccolti in ambito clinico. Questi ultimi possono riflettere il comportamento anormale di malattia, la tendenza cioè a riportare sintomi somatici e a sottoporli all'attenzione medica, più che l'effettiva presenza del disturbo.

Lipowski (80) aveva sottolineato l'importanza del comportamento di malattia affermando che una volta che i sintomi di una malattia psicosomatica vengono percepiti dalla persona stessa, o il medico ha comunicato la diagnosi di malattia, anche se i sintomi sono assenti, questa informazione correlata alla malattia fa nascere risposte psicologiche che influenzano l'esperienza del paziente e il comportamento, così come il decorso, la risposta alla terapia e l'esito di un dato episodio della malattia. Lewis (81), molto prima che venisse formulato il concetto di comportamento di malattia, ha espresso la necessità di uno studio sistematico della psicopatologia dell'"insight" accompagnato da sintomi mentali o fisici o da entrambi. A questa richiesta ha risposto il concetto di Piloswky (82) di comportamento anormale di malattia, definito come il persistere di un maladattamento nel percepire, provare, valutare e rispondere al proprio stato di salute, nonostante il medico abbia fornito un quadro lucido e accurato della situazione

clinica e della terapia da seguire (se necessario), con l'opportunità di discutere, fare domande e chiedere chiarimenti; quadro basato su una valutazione adeguata delle variabili biologiche, psicologiche, sociali e culturali dell'individuo. Le due forme principali di comportamento anormale di malattia (quella che afferma la malattia e quella che la nega) nella pratica medica hanno diverse espressioni cliniche che vanno dall'ipocondria alla fobia delle malattie (83) e dalla negazione di malattia (84, 85) alla mancanza di compliance (86-87). Molte situazioni psicosomatiche che si presentano in ambito medico e chirurgico rientrano nel concetto di comportamento di malattia (88-90).

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un crescente interesse per quanto riguarda la valutazione della percezione soggettiva del paziente dell'impatto della malattia (91-92). L'integrazione di strumenti di misurazione come l'*Illness Attitudes Scales* di Kellner (83), una scala autovalutativa che misura atteggiamenti, paure e comportamenti associati al comportamento anormale di malattia e il *Pilowsky Illness Behaviour Questionnaire* (93) con quelli volti a valutare le percezioni del paziente costituisce un compito importante della futura ricerca psicosomatica nell'ambito dell'abuso. Per quanto riguarda questo studio, se la nostra ipotesi sul comportamento anormale di malattia fosse corretta, i pazienti che riportano dolore pelvico cronico e abuso sessuale nell'infanzia dovrebbero riportare livelli più elevati di comportamento anormale di malattia rispetto agli altri. Questo potrebbe costituire l'oggetto di successive indagini. Sebbene il nostro studio sia stato condotto su un campione di donne sufficientemente ampio e rappresentativo della comunità, non dobbiamo trascurare

rare alcuni limiti per quanto riguarda la metodologia. Non è stata formulata, ad esempio, una diagnosi ginecologica di dolore pelvico da parte di uno specialista e i risultati si riferiscono semplicemente ai sintomi riportati dai soggetti del nostro campione e quindi soltanto all'interpretazione personale del pro-

prio stato di salute. L'assessment della salute fisica dei soggetti dovrebbe, invece, essere condotto attraverso una serie di domande specifiche per ogni condizione medica e la presenza di un disturbo dovrebbe essere confermata da un esame medico specialistico o da test di laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ROMANS S.E., MULLEN P.E.: *Childhood sexual abuse; concerns and consequences*. Med. J. Aust., 1997, 166, pp. 59-60.
- 2) CREED F.: *Life events and physical illness*. Journal of Psychosomatic Research, 1995, 29, pp. 113-123.
- 3) STEIN J.A., GOLDING J.M., DIEGEL J.M., BURNAM M.A., SORENSEN S.B.: *Longterm psychological sequelae of child abuse: the Los Angeles epidemiologic catchment area study*. In: Wyatt G.E., Powell G.J., eds. *Lasting Effects of Child sexual Abuse*. Newbury Park: Sage 1988, pp. 135-54.
- 4) FELITTI V.J.: *Long term medical consequences of incest, rape, and molestation*. Southern Medical Journal 1991, 84, pp. 328-331.
- 5) LAWS A.: *Does a history of sexual abuse in childhood play a role in women's medical problems? A review*. Journal of Women's Health. 1993, 2, pp. 165-172.
- 6) ARNOLD R., ROGERS D., COOK D.: *Medical problems of adults who were sexually abused in childhood*. British Medical Journal 1990, 300, pp. 705-708.
- 7) FRY R.: *Adult physical illness and childhood sexual abuse*. J. Psychosom. Res. 1993, 37, pp. 89-103.
- 8) KINZL J. F., TRAWEGER C., BIEBL W.: *Family background and sexual abuse associated with somatization*. Psychother. Psychosom. 1995, 64, pp. 82-87.
- 9) BERKOWITZ C.D.: *Medical consequences of child sexual abuse*. Child Abuse Negl. 1998, 22, pp. 541-550; discussion pp. 551-554.
- 10) WALKER E., KATON W., HARROP-GRIFFITHS J., HOLM L., RUSSO J., HICKOK L.R.: *Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse*. Am. J. Psychiatry 1988, 145, pp. 75-80.
- 11) REITER R.C., GAMBONE J.: *Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain*. Obstet. Gynecol. 1990, 75, pp. 428-432.
- 12) REITER R.C., SHAKERIN L.R., GAMBONE J.C., MILBURN A.K.: *Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain*. American Journal of Obstetrics & Gynecology 1991, 65, pp. 104-109.
- 13) TOOMEY T.C., HERNANDEZ J.T., GITTELMAN D.F., HULKA J.F.: *Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assessment variables in chronic pelvic pain patients [see comments]*. Pain 1993, 53, pp. 105-109.
- 14) BERGANT A.M., WIDSCHWENDTER

- M.: *Chronic pelvic pain (CPP) - gynaecological and psychosocial factors*. Arch. Womens Ment Health 1998, 1, pp. 103-108.
- 15) DROSSMAN D.A., LESERMAN J., NACHMAN G., ZHIMING L., GLUCK H., TOOMEY T.C., MITCHELL C.M.: *Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders*. Ann. Int. Med. 1990, 113, pp. 828-833.
 - 16) FRY R.P., CRISP A.H., BEARD R.W.: *Sociopsychological factors in chronic pelvic pain: a review*. J. Psychosom. Res. 1997, 42, pp. 1-15.
 - 17) BODDEN-HEIDRICH R., KUPPERS V., BECKMANN M.W., RECHENBERGER I., BENDER H.G.: *Chronic pelvic pain syndrome (CPPS) and chronic vulvar pain syndrome (CVPS): evaluation of psychosomatic aspects*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 1999, 20, pp. 145-51.
 - 18) WALLING M.K., REITER R.C., O'HARA M.W., MILBURN A.K., LILLY G., VINCENT S.D.: *Abuse History and chronic pain in women; I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse*. Obstet. Gynecol. 1994, 84, pp. 193-199.
 - 19) WALLING M.K., O'HARA M.W., REITER R.C., MILBURN A.K., LILLY G., VINCENT S.D.: *Abuse History and chronic pain in women; II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity*. Obstet. Gynecol. 1994, 84, pp. 200-206.
 - 20) HOGSTON P.: *Irritable bowel syndrome as a cause of chronic pelvic pain in women attending a gynecology clinic*. B.M.J. 1987, 294, pp. 934-935.
 - 21) DROSSMAN D.A.: *Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness: what is the link?* American Journal of Medicine 1994, 97, pp. 105-107.
 - 22) LONGSTRETH G.F., WOLDE-TSADIK G.: *Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees: prevalence, demographics, and clinical correlates*. Dig. Dis. Sci. 1993, 38, pp. 1581-1589.
 - 23) SCARINCI I.C., McDONALD-HAILE M.A., BRADLEY L.A. et al.: *Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: a preliminary model*. Am. J. Med. 1994, 97, pp. 108-118.
 - 24) DROSSMAN D.A.: *Do psychosocial factors define symptoms severity and patient status in irritable bowel syndrome?* Am. J. Med. 1999, 107, pp. 41-50.
 - 25) DROSSMAN D.A., CREED F.H., OLDEN K.W., SVEDLUND J., TONER B.B., WHITEHEAD W.E.: *Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders*. Gut. 1999, 45, pp. 25-30.
 - 26) KOLOSKY N.A., TALLEY N.J., BOYCE P.M.: *Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: a critical review of the literature on symptom and psychosocial factors*. Am. J. Gastroenterology 2001, 96, pp. 1340-1349.
 - 27) GREEN C.R., FLOWE-VALENCIA H., ROSENBLUM L., TAIT A.R.: *The role of childhood and adulthood abuse among women presenting for chronic pain management*. Clin. J. Pain 2001, 17, pp. 359-364.
 - 28) TALLEY N.J., HELGESON S., ZINSMEISTER A.R.: *Are sexual and physical abuse linked to functional gastrointestinal disorders?* Gastroenterology 1992, 102, pp. 523.
 - 29) LASERMAN J., TOOMEY T.C., DROSSMAN A.: *Medical consequences of sexual and physical abuse in women*. Human Medicine 1995, 11, pp. 23-28.
 - 30) WALKER E.A., KATON W.J., ROY-BYRNE P.P., JEMELKA R.P., RUSSO J.: *Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease*. Am. J. Psychiatry 1993, 150, pp. 1502-1506.
 - 31) TALLEY N.J., FETT S.L., ZINSMEISTER A.R., MELTON III L.J.: *Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study*. Gastroenterology 1994, 107, pp. 1040-1049.
 - 32) LEROI A.M., BERNIER C., WATIER A., HÉMOND M., GOUPIL G.,

- BLACK R., DEVROEDE G.: *Animus, sexual abuse and functional lower gastrointestinal tract disorders*. Gastroenterology 1993, 104, pag. 1047.
- 33) TALLEY N.J., FETT S.L., ZINSMEISTER A.R.: *Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: association with irritable bowel-type symptoms*. The American Journal of Gastroenterology 1995, 90, pp. 366-371.
- 34) DILL B., SIBCY G.A., DILL J.E., BRENDEN J.O.: *Abuse, threat, and irritable bowel syndrome: what is the connection?* Gastroenterology Nursing 1997, 20, pp. 211-215.
- 35) ENGEL C.C., WALKER E.A., KATON W.J.: *Factors related to dissociation among patients with gastrointestinal complaints*. Journal of Psychosomatic Research 1996, 40, pp. 643-653.
- 36) LESERMAN J., DROSSMAN D.A., LI Z., TOOMEY T.C., NACHMAN G., GLOGAU L.: *Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status*. Psychosomatic Medicine 1996, 58, pp. 4-15.
- 37) WALKER E.A., GELFAND A.N., GELFAND M.D., KOSS M.S., KATON W.J.: *Medical and psychiatric symptoms in female gastroenterology clinic patients with history of sexual victimization*. General Hospital Psychiatric 1995, 17, pp. 85-92.
- 38) CREED F.: *The relationship between psychosocial parameters and outcome in irritable bowel syndrome*. American Journal of Medicine 1999, 107, pp. 74-80.
- 39) KENDALL-TACKETT K.A.: *Physiological correlates of childhood abuse: chronic hyperarousal in PTSD, depression and irritable bowel syndrome*. Child Abuse & Neglect. 2000, 24, pp. 799-810.
- 40) BLANCHARD E.B., KEEFER L., PAYNE A., TURNER S.M., GALOVVSKII T.E.: *Early abuse, psychiatric diagnoses and irritable bowel syndrome*. Behaviour Research and Therapy 2002, 40, pp. 289-298.
- 41) TALLEY N.J., BOYCE P.M., JONES M.: *Is the association between irritable bowel syndrome and abuse explained by neuroticism? A population based study*. Gut 1998, 42, pp. 47-53.
- 42) FLODERUS-MYRHED B., PEDERSEN N., RASMUSON I.: *Assessment of heritability for personality, based on a short form of the Eysenck Personality Inventory: a study of 12.898 twin pairs*. Behav. Genet. 1980, 10, pp. 153-163.
- 43) LANGELUDDECKE P.M.: *Psychological aspects of irritable bowel syndrome*. Aust. N.Z. Journal of Psychiatry 1985, 19, pp. 218-226.
- 44) SHEEPERS B., BUDD S., CURRY S., GREGORY S., ELSON S.: *Non epileptic attack disorder: a clinical audit*. Seizure 1994, 3, pp. 129-134.
- 45) ALPER K., DEVINSKY O., PERRINE K., VAZQUEZ B., LUCIANO D.: *Non-epileptic seizures and childhood sexual and physical abuse*. Neurology 1993, 43, pp. 1950-53.
- 46) TRIEF P.M.: *Childhood abuse and chronic pain*. Journal of Interpersonal Violence 1996, 11, pp. 599-608.
- 47) REILLY J., BAKER G.A., RHODES J., SALMON P.: *The association of sexual and physical abuse with somatization: characteristics of patients presenting with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder*. Psychological Medicine 1999, 29, pp. 399-406.
- 48) PLICHTA S.: *The effects of woman abuse on health care utilization and health status: a literature review*. Womens Health Issues 1992, 2, pp. 154-163.
- 49) SCHOFFERMAN J., ANDERSON D., HINES R., SMITH G., KEANE G.: *Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain*. Clin. J. Pain 1993, 9, pp. 260-265.
- 50) BOWMAN E.S., MARKAND O.N.: *Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects*. Am. J. Psychiatry 1996, 153, pp. 57-63.
- 51) TRIEF P.M.: *Childhood abuse and chronic pain*. Journal of Interpersonal Violence 1996, 11, pp. 599-608.

- 52) LINTON S.J.: *A population-based study of the relationship between sexual abuse and back pain: establishing a link*. Pain 1997, 73, pp. 47-53.
- 53) GOLDBERG R.T.: *Childhood abuse, depression, and chronic pain*. Clin. J. Pain 1994, 10, pp. 277-281.
- 54) GREEN C.R., FLOWE-VALENCIA H., ROSENBLUM L., TAIT A.R.: *Do physical and sexual abuse differentially affect chronic pain states in women?* J. Pain Symptom Manage 1999, 18, pp. 420-426.
- 55) FINESTONE H.M., STENN P., DAVIES F., STALKER C., FRY R., KOU-MANIS J.: *Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse*. Child Abuse Negl. 2000, 24, pp. 547-556.
- 56) GILL J.R., STEIN H.J.: *More on sexual abuse and headaches [letter]*. Headache 1988, 28, p. 138.
- 57) SHUPER A., ZEHARIA Z., MIMOUNI M.: *Migraine headaches induced by sexual abuse [letter]*. Headache 1994, 34, p. 237.
- 58) KENDALL-TACKETT K.A., MARSHALL R.: *Victimization and diabetes: an exploratory study*. Child. Abuse Negl. 1999, 23, pp. 593-596.
- 59) SALMON P., CALDERBANK S.: *The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behavior*. J. Psychosom. Res. 1996, 40, pp. 329-336.
- 60) FARLEY M., KEANEY J.C.: *Physical symptoms, somatization, and dissociation in women survivors of childhood sexual assault... presented at the 11th International Conference on Dissociative States, November 4, 1994, Chicago, IL*. Women & Health 1997, 25, pp. 33-45.
- 61) STEIN M.B., YEHUDA R., KOVEROLA C., HANNA C.: *Enhanced dexamethasone suppression of plasma cortisol in adult women traumatized by childhood sexual abuse*. Biol. Psychiatry 1997, 42, pp. 680-686.
- 62) HEIM C., NEWPORT D.J., HEIT S., GRAHAM Y.P., WILCOX M., BON-SALL R., MILLER A.H., NEMOROFF C.B.: *Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood*. JAMA 2000, 284, pp. 592-597.
- 63) WEISS E.L., LONGHURST J.G., MAZURE C.M.: *Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates*. Am. J. Psychiatry 1999, 156, pp. 816-828.
- 64) SALMON P., CALDERBANK S.: *The relationship of childhood physical and sexual abuse to adult illness behaviour*. J. Psychosom. Res. 1996, 40, pp. 329-336.
- 65) FAVA G.A., SONINO N.: *Psychosomatic Medicine: Emerging trends and perspectives*. Psychother. Psychosom. 2000, 69, pp. 184-197.
- 66) ROMANS S.E., MARTIN J.L., MORRIS E., HERBISON G.P.: *Psychological defense styles in women who report childhood sexual abuse: a controlled community study*. Am. J. Psychiatry 1999, 156, pp. 1080-1085.
- 67) RAPKIN A.J., KAMES L.D., DARKE L.L., STAMPLER F.M., NALIBOFF B.D.: *History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain*. Obstet. Gynecol. 1990, 76, pp. 92-96.
- 68) LAWS A.: *Sexual abuse history and women's medical problems*. Journal of General Internal Medicine 1993, 8, pp. 441-443.
- 69) PALLOTTA N., BACCINI F., CALABRESE E.: *Violenza e disturbi cronici gastrointestinali*. Neurogastroenterologia 2001, 7, pp. 124-128.
- 70) ROMANS S.E., BELAISE C., MARTIN J., MORRIS E., RAFFI A.R.: *Childhood abuse and later medical disorders in women: an epidemiological study*. Psychother. Psychosom. (in corso di stampa).
- 71) ANDERSON J., MARTIN J., MULLEN P., ROMANS S., HERBISON P.: *The prevalence of childhood sexual experiences in a community sample of women*. J. Am. Acad. Child. Adol. Psychiat. 1993, 32, pp. 911-919.
- 72) MULLEN P.E., MARTIN J.L., AN-

- DERSON J.C., ROMANS S.E., HERBISON G.P.: *Child sexual abuse and mental health in adult life*. Brit. J. Psychiatry 1993, 163, pp. 721-732.
- 73) GOLDBERG D.: *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational research, 1978.
- 74) ROBSON P.: *Development of a new self report questionnaire to measure self-esteem*. Psychological Medicine, 1989, 19, pp. 513-518.
- 75) WING J.K., COOPER J.E., SARTORIUS N.: *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London, Cambridge University Press, 1974.
- 76) WING J.K., NIXON J.M., MANN S.A., LEFF J.P.: *Reliability of the PSE used in a population study*. Psychological Medicine, 1977, 7, pp. 505-516.
- 77) PARKER G., TUPLING H., BROWNE L.B.: *A parental bonding instrument*. British Journal of Medical Psychology 1979, 52, pp. 1-10.
- 78) SAUNDERS J.B., AASLAND O.G., GRANT M.: *The World Health Organization screening Instrument for Harmful and hazardous Alcohol Consumption*. Geneva: World Health Organization, 1987.
- 79) WILHELM K., PARKER G.: *The development of a measure of intimate bonds*. Psychological Medicine, 1988, 18, pp. 225-234.
- 80) LIPOWSKI Z.J.: *Physical illness and psychopathology*. Int. J. Psychiatry Med. 1974, 5, pp. 483-497.
- 81) LEWIS A.J.: *The psychopathology of insight*. Br. J. Med. Psychol. 1934, 14, pp. 332-348.
- 82) PILOWSKY I.: *Abnormal illness behaviour*. Psychother Psychosom. 1986, 46, pp. 76-84.
- 83) KELLNER R.: *Somatization and Hypochondriasis*. New York Praeger, 1986.
- 84) GOLDBECK R.: *Denial in physical illness*. J. Psychos Res. 1997, 43, pp. 575-593.
- 85) MUSKIN P.R., FELDHAMMER T., GOLFAND G.L., STRAUSS D.H.: *Maladaptive denial of physical illness: A useful new diagnosis*. Int. J. Psychiatr. Med. 1998, 20, pp. 463-477.
- 86) BLACKWELL B.: *Compliance*. In: Fava G.A., Freyberger H. (eds): *Handbook of Psychosomatic Medicine*, Madison. International Universities Press. 1998, pp. 625-638.
- 87) EMDAD R., BELKIC K., THEORELL T., CIZINSKY S.: *What prevents professional drivers from following physicians' cardiologic advice?* Psychother. Psychosom. 1998, 67, pp. 226-240.
- 88) CREED F., FIRTH D., TIMOL M., METCALFE R., POLLOK S.: *Somatization and illness behaviour in a neurology ward*. J. Psychosom. Res. 1990, 34, pp. 427-437.
- 89) FAVA G.A.: *Psychosomatic diagnosis*. Psychosomatics 1987, 28, pp. 549-550.
- 90) WISE T.N.: *Psychosomatic medicine*. Psychother. Psychosom. 1986, 46, pp. 85-95.
- 91) BUCHI S., SENSKY T., SHARPE L., TIMBERLAKE N.: *Graphic representation of illness: a novel method of measuring patients' perceptions of the impact of illness*. Psychother. Psychosom. 1998, 67, pp. 222-225.
- 92) SCHNYDER U., BUCHI S., MORGELI H., SENSKY T., KLAGHOFER R.: *Sense of coherence. A mediator between disability and handicap?* Psychother. Psychosom. 1999, 68, pp. 102-110.
- 93) PILOWSKY I.: *Abnormal Illness Behaviour*. Chichester, Wiley, 1997.