



Università degli Studi dell'Aquila
Dipartimento di Scienze Cliniche Applicate e Biotecnologiche

Dottorato di Ricerca in Medicina sperimentale - XXXV ciclo

TESI

***Il trauma interpersonale e la violenza:
correlati psicopatologici e sociali***

RELATORE
Prof.ssa Francesca Pacitti

CANDIDATA
Dott.ssa Dalila Talevi

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

INDICE

SEZIONE INTRODUTTIVA.....1

Il concetto di trauma	1
Trauma relazionale e disastri naturali.....	1
La psicotraumatologia: da Janet alle nuove proposte di classificazione dei disturbi correlati agli eventi stressanti.....	3
La violenza interpersonale come trauma complesso	7
Storia della violenza interpersonale come problema di salute pubblica..	7
La definizione di violenza.....	9
Le radici della violenza e il modello ecologico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.....	11
Maltrattamento infantile.....	13
Stati affettivi e disregolazione emotiva.....	15
Sistema valoriale.....	16
Fattori sociodemografici e anamnestici.....	18
Disturbi mentali.....	19
Neurobiologia della violenza interpersonale.....	20
Modello bio-psico-sociale della violenza interpersonale correlata a problemi di salute mentale.....	22
Esiti sulla salute, funzionamento psicosociale e ciclo della violenza.....	25
Costi della violenza interpersonale.....	27
La violenza interpersonale nei Servizi di Salute Mentale.....	28
I principali studi osservazionali ed epidemiologici sulla violenza interpersonale.....	30
Strumenti di valutazione della violenza interpersonale.....	34
L'effetto traumatico dei disastri naturali	38
L'impatto psicologico delle pandemie e delle misure restrittive.....	38
L'epidemia da SARS.....	38
L'influenza suina.....	39
L'epidemia da Ebola.....	39
La pandemia da Covid-19.....	40

SEZIONE SPERIMENTALE.....44

Ipotesi e obiettivi primari	44
Metodologia	45
Disegno dello studio.....	45
Partecipanti.....	45
Studio 1. <i>Violenza interpersonale: modelli diagnostici, di genere ed età in una popolazione clinica</i>	46
Studio 2. <i>Violenza e disturbi mentali gravi: l'associazione con l'età d'esordio e il genere</i>	52
Studio 3. <i>Valori umani di base e violenza interpersonale in una popolazione clinica</i>	55
Studio 4. <i>Maltrattamento psicologico e violenza interpersonale: lo studio in una popolazione clinica e non clinica</i>	60
Studio 5. <i>La violenza interpersonale nell'infanzia come mediatore tra familiarità psichiatrica e comportamento suicidario</i>	67
Studio 6. <i>Violenza interpersonale, coinvolgimento con i Servizi di Salute Mentale e rete sociale: i possibili fattori predittivi del funzionamento psicosociale</i>	71
Studio 7. <i>La pandemia da COVID-19 e il lockdown: l'impatto sulla salute mentale sulla popolazione generale in Italia</i>	77
Studio 8. <i>Disturbi di personalità e violenza interpersonale durante la pandemia da COVID-19</i>	82
Studio 9. <i>La validazione italiana della Psychological Maltreatment Review (PMR)</i>	85
Studio 10. <i>Eventi traumatici e variabili correlate: i possibili fattori predittivi della salute mentale</i>	88

CONCLUSIONI.....97

Implicazioni per la pratica clinica.....	101
Strategie di prevenzione.....	103

APPENDICE.....106

Karolinska Interpersonal Violence Scale, versione italiana.....	106
Psychological Maltreatment Review, versione italiana.....	107

BIBLIOGRAFIA.....110

Abstract

The word “trauma” derives from the Greek τραῦμα (-ατος) and literally means “wound”, “damage”, “injury” or “breakage”. In the 19th century, first Charcot and then Janet and Freud, defined trauma in a psychological sense. Relational trauma leads to severe outcomes than natural disasters because it has a greater “destructive” effect on trust and attachment, and is typically experienced as intentional. Interpersonal violence, which stands for acts of violence inflicted by an individual or a small group of individuals to another, is an example of psychological trauma. The World Health Organization in 1996 defined violence as a global public health problem. It is now considered as a predictable and preventable risk factor for lifelong mental health and social problems. A severe psychiatric pathology itself it is not enough to determine violent behaviours: family and social factors are involved, as personal features like affective states, emotion regulation, and values. In 2020 the COVID-19 pandemic broke out having a huge impact on psychological wellbeing as a traumatic event.

The main aim of this study is to identify the biopsychosocial correlates of interpersonal trauma, in the context of both victimization and perpetration of violence. We hypothesized to identify individual and family factors correlated with higher levels of interpersonal violence. In the frame of the COVID-19 pandemic, we aimed to identify mental health outcomes in the general population due to the traumatic effects of the lockdown and the pandemic itself.

Outcomes of interest of this research are mental health consequences, as well as psychosocial functioning.

SEZIONE INTRODUTTIVA

Il concetto di trauma

Trauma relazionale e disastri naturali

La parola «trauma» deriva dal greco τραῦμα (-ατος) e letteralmente significa «ferita», «danno», «lesione» o «rottura». Il trauma viene concettualizzato come una lesione prodotta nell'organismo da un qualsiasi agente capace di azione improvvisa, rapida e violenta. Il termine, quindi, si sviluppa in riferimento alle discipline medico-chirurgiche, e considerato di esclusiva pertinenza “somatica” fino al XIX secolo, quando si inizia a parlare di trauma in senso “psichico” grazie al contributo di Charcot e dei suoi allievi Janet¹ e di Freud².

Il trauma psicologico è definito come evento dotato di un effetto soverchiante sulle capacità dell'individuo di farvi fronte, ossia emotivamente non sostenibile per chi lo subisce. Infatti, sebbene gli eventi traumatici possano avere un carattere di oggettiva gravità, devono essere sempre definiti in rapporto alle capacità del soggetto di sostenerne le conseguenze, ovvero alla sua resilienza³. La possibilità di reagire efficacemente a una minaccia pone infatti il confine tra un'esperienza grave ed estrema, ma non necessariamente traumatica, e il trauma psicologico. Perciò entrambi gli aspetti dell'esperienza traumatica, vale a dire il contesto in cui si svolge e le caratteristiche individuali, influenzano il rischio della persona di sviluppare problemi psicologici successivi al trauma.

Per il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) 5⁴, il trauma è anzitutto “l'esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale (reale o minacciata) in uno o più dei seguenti modi: a) fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i; b) assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri; c) venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto ad un membro della famiglia oppure ad un amico stretto [...]”. Rispetto alla precedente versione (DMS-IV TR), le reazioni emotive all'evento traumatico (per es. paura intensa, sentimenti di impotenza, orrore) non fanno più parte del criterio A che definisce il trauma, ma del criterio D (alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate). Ciononostante, le reazioni emotive, e la percepita totale

impotenza in particolare, appaiono di cruciale importanza nella stessa definizione di trauma, e non solo nella descrizione delle risposte a un evento traumatico. Sempre il DSM 5 suggerisce come un disturbo susseguente ad un evento traumatico possa risultare particolarmente grave o prolungato se il fattore stressante è interpersonale e intenzionale. Gli eventi che minacciano le relazioni di attaccamento⁵ o che generano un vissuto di tradimento⁶ sono più frequentemente legati a problemi di salute mentale, al pari di quelli percepiti come un rischio per la vita. Gli eventi intensi, improvvisi e imprevedibili, estremamente negativi, che evocano grave impotenza e perdita di controllo sono più difficili da integrare⁷. Il trauma relazionale tende ad avere esiti più gravi dei disastri naturali poiché ha un maggior effetto “distruttivo” sul nostro fondamentale senso di fiducia e attaccamento, ed è tipicamente vissuto come intenzionale e non come un “casuale evento naturale”⁸. Inoltre, il significato connesso a un evento stressante è rilevante in termini di esito⁹: il trauma a cui è possibile attribuire un significato è molto diverso dal trauma privo di senso per l’individuo che lo subisce. Dai primi mesi del 2020 il mondo sta subendo le conseguenze di una pandemia senza precedenti. Il virus ha già avuto un impatto diretto sulla salute fisica di milioni di persone e si pensa che possa rappresentare una minaccia di grande portata per la salute mentale a livello globale.

Il trauma è dunque qualcosa che travolge le nostre capacità di coping e interessa l’intero sé: fisico, emotivo, intellettuale e spirituale. Include esperienze personali e private, come la violenza sessuale o domestica, o pubbliche, come i disastri naturali, la guerra e la violenza di comunità. È possibile scomporre ulteriormente il concetto distinguendo l’evento traumatico dal trauma complesso¹⁰. Nel primo caso si fa riferimento ad una singola esperienza stressante, grave ed estrema, come ad esempio un terremoto, o una circostanza più duratura ma sempre circoscritta nel tempo, come una guerra. Per trauma complesso si intende invece un insieme di eventi traumatici multipli che si ripetono in lunghi intervalli di tempo; è tipicamente di tipo interpersonale, come i maltrattamenti sui figli che includono l’abuso e il neglect. Le conseguenze del trauma complesso sono particolarmente gravi se esso si verifica nel corso dell’età evolutiva a causa della capacità integrativa immatura e dello sviluppo psicobiologico del bambino, oltre che del suo bisogno

dell'attaccamento sicuro. Interferisce, tra le altre cose, con lo sviluppo delle capacità di autoregolazione e dei meccanismi di adattamento all'ambiente. Un ambiente familiare disfunzionale può favorire deficit nella regolazione delle emozioni, impulsività, problemi relazionali, somatizzazioni e alterazione dell'identità^{10,11}, oltre ai classici sintomi del Disturbo da stress post traumatico (PTSD).

La letteratura e l'esperienza clinica hanno dimostrato che tra i disturbi mentali correlati all'esposizione ai traumi interpersonali figurano, oltre all'ampio spettro dei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, una vasta area di categorie nosografiche, tra cui i disturbi depressivi e d'ansia, i disturbi dissociativi, i disturbi del comportamento alimentare, oltre che l'adozione di comportamento a rischio e maladattivi¹².

La psicotraumatologia: da Janet alle nuove proposte di classificazione dei disturbi correlati agli eventi stressanti

Charcot, neurologo francese dell'Ottocento, osserva e descrive sotto il nome di "isteria traumatica"¹³ un quadro clinico caratterizzato da un complesso di sintomi nervosi che insorgevano dopo incidenti: confusione mentale e agitazione, a cui seguiva una seconda fase caratterizzata dall'insediarsi di sintomi quali paralisi, tremori, anestesi, afasie, disturbi della vista o dell'udito, amnesie e i cosiddetti "attacchi" ossia la ripetizione di sequenze dell'incidente in stati alterati di coscienza o in sogni che si ripetono insistentemente sempre uguali a se stessi. Successivamente, nota che la paralisi corporea non era sempre dovuta a incidenti che procuravano lesioni organiche ma, a volte, si poteva verificare una paralisi anche in assenza di un trauma organico; da qui deduce che le paralisi isteriche post-traumatiche erano dovute ad uno shock psichico e dimostra, con il metodo dell'ipnosi, che certi sintomi fisici erano causati da "idee". Il lavoro di Charcot influenza fortemente quello di due suoi allievi, Pierre Janet e Sigmund Freud. Se il primo si concentra sugli aspetti "dissociativi" dell'isteria, il secondo si interessa maggiormente sugli aspetti "di conversione" che comprendono disturbi neurologici senza basi mediche nella patologia sensoriale e motoria. Nonostante le apparenti

differenze in questi approcci, all'epoca la separazione tra fenomeni dissociativi e di conversione era incerta, come dimostrato dalla convinzione di Janet che Freud avesse plagiato le sue idee¹⁴. Di fatto, Freud non solo aderisce inizialmente alle tesi di Janet, ma fornisce uno dei più importanti contributi allo studio dell'origine traumatica dell'isteria, ipotizzandone l'origine in abusi sessuali nell'infanzia. In un secondo momento, tuttavia, Freud rivede le sue iniziali teorie, contesta il lavoro di Janet e ne nega l'influenza sul proprio.

Pierre Janet è considerato il padre della psicotraumatologia moderna, ed a lui va attribuito il merito di aver definito il trauma psicologico e averne descritto le conseguenze psicopatologiche. Conia il termine "désagrégation", tradotta poi da William James col termine "dissociation" (dissociazione), per indicare un quadro clinico caratterizzato dal cedimento strutturale delle funzioni cerebrali che esita nella perdita della coerenza e dell'integrazione delle attività psichiche. L'aspetto cruciale della sua teoria è che fin dall'inizio vi è un difetto di registrazione dell'evento nella memoria e la separazione dal flusso della coscienza, cioè un deficit di integrazione. Per comprendere appieno tale descrizione, è opportuno soffermarsi sulla teoria di Janet sul funzionamento mentale: egli pone al vertice dell'organizzazione mentale la coscienza, alla quale attribuisce alcune specifiche funzioni di integrazione, in particolare la presentificazione, ovvero la capacità attiva della mente di distinguere le memorie del passato col momento presente e concentrarsi su di esso e infine la funzione di realtà, ovvero la capacità del soggetto di agire sulla realtà; la sintesi personale, ovvero la capacità di creare un'organizzazione coerente delle memorie e dell'esperienza di sé che permette di sperimentare un senso di identità costante. In questo sistema gerarchico, la funzione di realtà e la presentificazione costituiscono i livelli superiori, la sintesi personale un livello intermedio, e gli automatismi sub-coscienti i livelli inferiori.

Gli studi di Freud², che come già detto, inizialmente aderiscono alla tesi di Janet, prendono poi una direzione opposta portando alla definizione della dissociazione come meccanismo di difesa dal dolore intollerabile della memoria traumatica, che viene dunque "rimossa" dopo esser stata registrata. Nella seconda fase della sua opera Freud rinnega decisamente l'effetto delle esperienze traumatiche reali nello sviluppo psicopatologico: i sintomi isterici diventano l'espressione simbolica del

conflitto tra desideri inconsci e difese dell'Io. Portando ad esempio il famoso caso Anna O., egli ipotizza che "l'isteria origina attraverso la rimozione di un'idea inaccettabile" e che "l'isteria che esibisce questo meccanismo può essere definita isteria di difesa". Questo punto della teoria freudiana è ben sintetizzato nella definizione di dissociazione come "meccanismo attraverso il quale alcuni sistemi di esperienze ed alcuni apparati somatici non sono più integrati con il resto della personalità". Attraverso la dissociazione quindi la coscienza si libererebbe di contenuti mentali intollerabili, i quali rimarrebbero confinati nel subconscio trovando emergenza attraverso sogni, fantasie, giochi e sintomi nevrotici, in quello che viene chiamato "ritorno del rimosso".

La teoria di Freud si impone in Europa e gli studi pionieristici di Janet vengono dimenticati a lungo. Clinici e ricercatori esperti di patologie correlate a traumi hanno conferito nuovamente dignità all'opera janetiana. Partendo dalla classificazione della memoria in esplicita o dichiarativa, ed implicita o non verbale, alcuni autori hanno riconosciuto nelle descrizioni dei ricordi traumatici di Janet esempi di memoria implicita¹⁵: i deficit di integrazione della memoria traumatica di Janet altro non sarebbero che i processi di memorizzazione anomala osservati, grazie alla RM funzionale, in soggetti con diagnosi di PTSD. La riduzione dell'attività funzionale dell'emisfero sinistro-può portare alla memorizzazione di ricordi frammentati, non accessibili o solo in parte, connotati da emozioni veementi¹, non verbali, procedurali o impliciti, involontari, indesiderati e dolorosi¹⁵. I ricordi per gli eventi traumatici possono essere assenti, o assumere la forma di pseudo-ricordi¹, e non sono integrati con le altre informazioni della memoria autobiografica. Ulteriori studi di imaging hanno rilevato inoltre che in concomitanza dell'evocazione di un ricordo traumatico, i centri della memoria nel lobo frontale vengono inibiti, mentre il sistema limbico, ed in particolare l'amigdala, sono iperattivati. Questo spiega perché si tende a ricordare gli eventi traumatici prevalentemente attraverso gli stati emotivi e fisici piuttosto che con le parole¹⁶.

Negli ultimi decenni la mole di osservazioni cliniche e della ricerca relative alla psicotraumatologia è stata imponente, riflettendo il rinnovato interesse verso la comprensione della relazione tra trauma e psicopatologia. Ciò ha condotto al

riconoscimento del PTSD come disturbo mentale conseguente al trauma e dunque alla sua introduzione, nel DSM-III, fra le categorie diagnostiche. Differentemente dalle precedenti versioni, nel DSM 5 i “Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti” sono sistematizzati come categoria diagnostica a se stante; rappresentano gli unici disturbi a tenere in considerazione fra i criteri diagnostici l’aspetto eziologico, il trauma appunto. Alcuni autori mettono però in luce l’inadeguatezza degli attuali sistemi di classificazione e suggeriscono l’esistenza di ulteriori disturbi, come il PTSD complesso o Disturbo da stress estremo non altrimenti specificato^{11,17}, ovvero il quadro clinico che si manifesta nelle vittime del trauma complesso, e il Disturbo Traumatico dello Sviluppo¹⁷, il quadro clinico definito per il trauma complesso dell’età evolutiva (Tabella 1).

Ulteriore aspetto critico dei sistemi nosografici ufficiali è rappresentato dalla categoria dei Disturbi dissociativi: sebbene fin dagli esordi della psicotraumatologia con Janet e Freud trauma e dissociazione siano stati considerati come inestricabilmente connessi, in questi disturbi non viene apertamente riconosciuto il trauma tra i criteri diagnostici. I sintomi dissociativi, tuttavia, vengono elencati tra le manifestazioni psichiche dei disturbi correlati a eventi traumatici.

Tabella 1. Proposte per nuove classificazioni del PTSD

PTSD complesso (o Disturbo da stress estremo)	Disturbo Traumatico dello Sviluppo
1. Alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento	1. Esposizione a violenza interpersonale e grave trascuratezza nell’accudimento
2. Disturbi della coscienza e dell’attenzione	2. Disregolazione emotiva e nelle funzioni fisiologiche
3. Somatizzazioni	3. Disturbi comportamentali e cognitivi
4. Alterazioni della percezione di sé	4. Disturbi nella percezione di sé e delle relazioni interpersonali
5. Alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti	5. Sintomatologia del PTSD
6. Disturbi relazionali	6. Difficoltà nel funzionamento globale familiare, sociale, scolastico, comportamentale
7. Alterazioni nei significati personali	

La violenza interpersonale come trauma complesso

La violenza interpersonale racchiude in sé tutte le peculiarità del trauma psicologico. Le conseguenze ad essa correlate non si limitano agli esiti fisici, fatali o non fatali, ma comprendono una vasta gamma di esiti invisibili, sul piano psichico. Nella maggior parte dei casi la violenza interpersonale consta di episodi ripetuti, intenzionali, che avvengono in casa e coinvolgono le figure significative di chi la subisce, come i care-giver o il partner, assumendo i connotati del trauma complesso. Esperienze puntuali di violenza subita da parte di estranei, o in un contesto di criminalità, rappresentano la minoranza dei casi.

Storia della violenza interpersonale come problema di salute pubblica

La violenza non è stata sempre considerata un problema di salute pubblica, ma fino a pochi anni fa veniva confinata a problematica di ordine politico e sociale. Diversi fattori hanno contribuito al crescente riconoscimento e accettazione del fatto che la violenza doveva essere affrontata anche dal punto di vista della salute pubblica¹⁸. La drammatica riduzione dell'incidenza e della mortalità delle malattie infettive, prima causa di morte agli inizi del Novecento, e il contemporaneo aumento degli omicidi e dei suicidi hanno portato le morti violente nella classifica delle principali cause di morte negli Stati Uniti a partire dalla metà degli anni '60. Il rischio di morte per omicidio e suicidio raggiunge proporzioni epidemiche negli anni '80 all'interno di gruppi specifici della popolazione, tra cui i giovani le minoranze etniche. I tassi di suicidio tra adolescenti e giovani adulti di età compresa tra 15 e 24 anni sono quasi triplicati tra il 1950 e il 1990. Un altro fattore importante è stata la crescente accettazione all'interno della comunità della salute pubblica dell'importanza dei fattori comportamentali nell'eziologia e nella prevenzione delle malattie: il successo della prevenzione primaria nella lotta contro le malattie cardiovascolari, il cancro e l'ictus, le tre principali cause di morte negli Stati Uniti, ha incoraggiato gli esperti della salute nell'adottare strategie rivolte ai fattori comportamentali che sottendono

i comportamenti violenti. Infine, la progressiva affermazione del maltrattamento sui minori e della violenza da parte dei partner come problemi sociali nel corso degli anni '60 e '70 ha dimostrato la necessità di andare oltre il settore della giustizia penale per risolvere questi problemi.

Globalmente, fino agli anni '70 la violenza non viene ancora riconosciuta come un problema di salute pubblica, tanto che le parole "violenza" e "salute" comparivano raramente nella stessa frase. Ma nel decennio successivo iniziano a comparire i primi storici report redatti dalle autorità del governo americano che sottolineano l'importanza della violenza come problema di salute pubblica e tentano di identificare gli obiettivi di prevenzione. A tali report fanno seguito le prime risposte della politica che stabilisce l'istituzione di organi federali deputati al controllo del fenomeno e alla comprensione della sua portata. Negli stessi anni il Centers for Disease Control and Prevention, organismo di controllo sulla sanità pubblica degli Stati Uniti, intraprende una serie di importanti studi epidemiologici finalizzati agli stessi scopi. L'inizio degli anni '90 segna un cambiamento di approccio alla violenza dalla mera descrizione del problema alla comprensione delle strategie di prevenzione. Gli obiettivi raggiunti grazie agli interventi sulla violenza giovanile adottati tra gli anni '80 e '90 vengono resi pubblici in un report dal titolo "Youth Violence: A Report of the Surgeon General" e aprono la strada all'interesse ad altre forme di violenza, come quella subita dal partner, la violenza sessuale e il maltrattamento infantile.

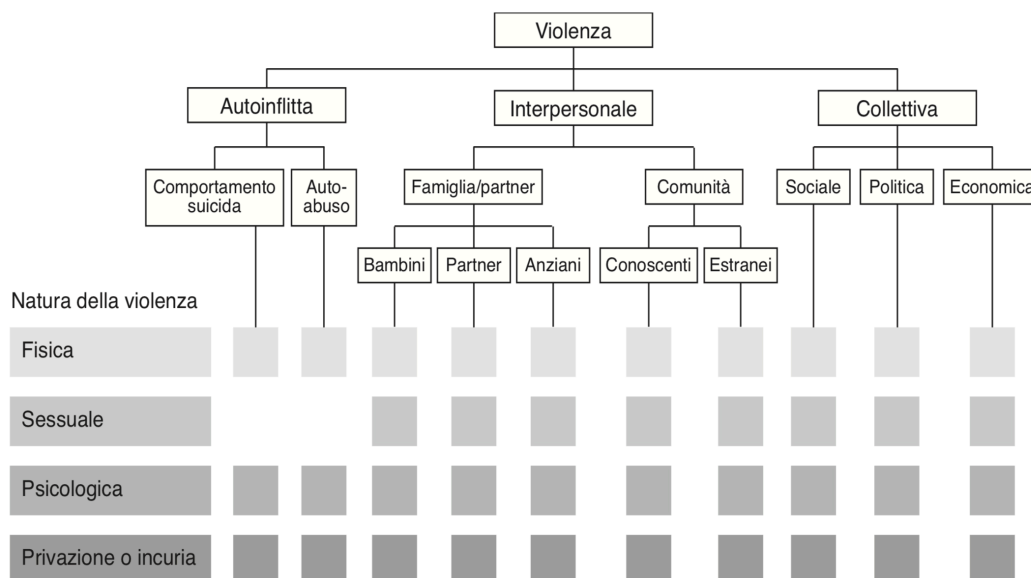
Il 1996 rappresenta un momento cruciale: nel corso della 49^o Assemblea mondiale della Sanità, la violenza viene dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) uno dei maggiori problemi di salute pubblica a livello mondiale con l'adozione della risoluzione WHA49.25, evidenziando le gravi conseguenze per i singoli individui e le comunità, oltre che gli effetti dannosi sui servizi di assistenza sanitaria. L'OMS ha altresì sollecitato gli Stati membri affinché avviassero attività per affrontare il problema, incluse azioni atte a definire le caratteristiche dei diversi tipi di violenza e promuovere la ricerca sulla violenza come aspetto prioritario della ricerca nell'ambito della sanità pubblica. In risposta a tale risoluzione nel corso degli anni l'OMS ha prodotto due report: il primo nel 2002, *Rapporto mondiale su*

violenza e salute, e il secondo nel 2014, *Rapporto sullo stato globale della prevenzione alla violenza*^{19,20}.

La definizione di violenza

L'OMS definisce la violenza come “l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro se stessi, un'altra persona, o contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione”. Il concetto di violenza viene suddiviso in tre ampie categorie in base alle caratteristiche di chi commette l'atto: autoinflitta, interpersonale e collettiva; ognuna delle suddette categorie è classificabile in base alla tipologia specifica di violenza, al contesto e alla natura degli atti violenti (Figura 1). Della definizione dell'OMS appaiono cruciali due aspetti: l'“intenzionalità” e il “potere”. Il primo consente di escludere gli eventi traumatici accidentali, come le lesioni dovute al traffico e delle ustioni, e assume rilevanza alla luce del diverso impatto che traumi intenzionali e non hanno sull'individuo, come discusso in precedenza; il secondo, amplia i confini della natura di un atto violento ed espande la nozione convenzionale di violenza fino a comprendere il neglect e tutti i tipi di abuso fisico, sessuale e psicologico che rappresentano il risultato di una relazione di potere, ossia anche le minacce e l'intimidazione.

Figura 1. I tipi di violenza



da: *Report Mondiale sulla Violenza e la Salute, OMS, 2002*

Violenza autoinflitta si suddivide a sua volta in comportamento suicida e auto-abuso. Il primo comprende pensieri suicidi, tentativi di suicidio – chiamati in alcuni paesi anche “para- suicidio” o “autolesione deliberata” e suicidi veri e propri. L’auto-abuso, al contrario, comprende atti quali l’automutilazione. La violenza collettiva si suddivide in violenza sociale, politica ed economica. Diversamente dalle altre due ampie categorie (autoinflitta, interpersonale), le sottocategorie della violenza collettiva suggeriscono possibili motivazioni per la violenza commessa da gruppi più ampi di individui o da interi stati. La violenza interpersonale consiste in atti di violenza inflitti da un individuo ad un altro (o da un piccolo gruppo di individui). Questa si divide in due sottocategorie:

- Violenza familiare e del partner: ossia atti di violenza che si consumano maggiormente tra membri della famiglia e tra partner: solitamente, anche se non esclusivamente, tra le mura domestiche
- Violenza nella comunità: ossia atti di violenza tra individui non appartenenti alla stessa famiglia, che si verificano solitamente fuori dalle mura domestiche e che coinvolgono individui che possono o meno conoscersi.

Il primo gruppo comprende forme di violenza quali: l’abuso sui bambini, la violenza da parte del partner e l’abuso sugli anziani. Il secondo gruppo comprende:

la violenza giovanile, gli atti casuali di violenza, gli stupri, nonché la violenza in ambienti pubblici, come scuole e luoghi di lavoro.

Le radici della violenza e il modello ecologico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

I primi report dell'OMS suggeriscono che la violenza non può essere attribuita ad un singolo fattore: nessuno di essi, da solo, è in grado di spiegare perché alcuni individui si comportino in modo violento nei confronti di altri o perché la violenza sia prevalente in alcune comunità ma non in altre. La violenza è il risultato di un'interazione complessa di fattori individuali, di relazione, sociali, culturali e ambientali. Per rappresentare questa complessità, il rapporto mondiale utilizza un modello ecologico a quattro livelli (Tabella 2). Il primo livello identifica fattori biologici e personali che influenzano il comportamento degli individui e aumentano la probabilità di farli diventare vittime o perpetratori di violenza: caratteristiche demografiche (*es.* età, istruzione, reddito), disturbi della personalità, abuso di sostanze, o esperienze passate di violenza, subita, testimoniata o perpetrata. Il secondo livello si concentra sulle relazioni sociali di prossimità, come quelli fra familiari e amici. Nella violenza giovanile, ad esempio, avere degli amici che sono coinvolti o che incoraggiano comportamenti violenti può aumentare il rischio del giovane di diventare vittima o perpetratore di violenza. Per quanto riguarda la violenza di coppia, l'indicatore maggiore a questo livello è la presenza di conflitti coniugali o di discordia nella relazione. Nell'abuso senile, fattori importanti sono lo stress dovuto alla relazione passata fra la persona abusata e l'assistente o badante, o condizioni di vita in luoghi sovraffollati. Il terzo livello esplora il contesto comunitario, ad esempio scuole, luoghi di lavoro e vicinato. I rischi a questo livello potrebbero essere influenzati da fattori come la presenza di un traffico di droga locale, l'assenza di reti sociali e la povertà. Tutti questi fattori si sono rivelati importanti in molte tipologie di violenza. Infine, il quarto livello osserva i fattori sociali più estesi che contribuiscono a creare un clima in cui la violenza viene incoraggiata o limitata: la tempestività del sistema giudiziario, le norme sociali o culturali riguardo ai ruoli maschili e femminili o ai rapporti bambino-genitore, la

disuguaglianza di reddito, la forza del sistema di welfare (politiche sociali), la disponibilità di armi da fuoco, l'esposizione alla violenza nei mass media e l'instabilità politica. La struttura ecologica evidenzia le molteplici cause della violenza e l'interazione dei fattori di rischio che agiscono all'interno della famiglia e dei più ampi contesti comunitari, sociali, culturali ed economici. Considerato all'interno di un contesto evolutivo, il modello ecologico mostra anche come fattori diversi possono causare violenza nei diversi momenti della vita. Il modello ecologico è stato utilizzato come base per stabilire un piano di prevenzione, che deve avere effetto a tutti i livelli, concentrandosi in particolar modo sull'incoraggiamento a comportamenti positivi, lontani da qualsiasi tipo di atto violento. Comprendere il modo in cui questi fattori sono collegati alla violenza e in che modo interagiscano con i fattori protettivi rappresenta uno dei passi importanti nell'approccio di salute pubblica per prevenire la violenza stessa.

Tabella 2. Il modello ecologico della violenza

Livello del modello ecologico	Fattori di rischio
Individuale	Caratteristiche demografiche Abuso infantile o neglect Disturbi psicologici o della personalità Salute fisica e disabilità Problemi di abuso di alcool o di sostanze Storia di comportamento violento Giovane età Possesso di armi da fuoco
Relazioni	Conflitti coniugali sulla suddivisione dei ruoli e sulle risorse economiche Amici dai comportamenti violenti o criminali Scarsa assunzione del ruolo genitoriale Conflitti genitoriali con uso della violenza Bassa condizione socioeconomica della famiglia

Comunità	Disoccupazione Alta densità popolare Isolamento sociale Spaccio/traffico di droghe Servizi inadeguati per la cura delle vittime Povertà
Sociale	Rapido cambiamento sociale Disuguaglianza economica e di genere Norme che danno priorità ai diritti dei genitori rispetto al benessere dei bambini Norme che rafforzano il predominio degli uomini sulle donne Povertà, razzismo Bassi livelli di giustizia Norme sociali o culturali che supportano la violenza Situazioni di conflitto o post-conflitto

Maltrattamento infantile

Per maltrattamento infantile si intende “ogni recente azione od omissione da parte di un genitore, o di chi si prende cura di un minore, che possano determinare morte, serie malattie fisiche od emotive, abuso sessuale o sfruttamento, o che possano rappresentare un imminente rischio di danno grave”.

Gli abusi subiti nel corso dell’età evolutiva determinano gli effetti più deleteri nell’individuo, qualunque forma essa assuma: violenza fisica, sessuale o psicologica. Solo negli ultimi anni è stato messo in evidenza come il maltrattamento psicologico si associa ed esiti psicologici negativi, al pari del maltrattamento fisico e sessuale, quali scarsa autostima, depressione, ansia, problemi relazionali, dissociazione e comportamenti aggressivi. Ciò assume notevole importanza alla luce del fatto che il maltrattamento psicologico rappresenta la forma più comune di violenza interpersonale subita nell’infanzia, e nello specifico il neglect: nel 2014

solo negli Stati Uniti sono stati registrati 3.6 milioni di casi di maltrattamento nei bambini, e la maggior parte di questi (oltre il 75%) ha riportato esperienze di neglect²¹.

È stato dimostrato come il maltrattamento infantile subito dai genitori favorisca l'insorgere di alterazioni di tipo comportamentale, ormonale ed autonomico tali da comportare un maggior rischio di incorrere in patologie croniche e morte prematura in età adulta²². Sussiste un'importante correlazione tra l'esposizione a molteplici forme di abuso durante l'infanzia e i fattori di rischio per molte delle principali cause di morte negli adulti: maggiore incidenza di alcolismo, abuso di sostanze stupefacenti, depressione, tentativi di suicidio, tabagismo, malattie sessualmente trasmissibili, obesità, sedentarietà, cardiopatia ischemica, cancro, patologie respiratorie croniche, traumatismi e patologie epatiche²³. È stato indicato inoltre un nesso di causalità tra l'aver subito maltrattamenti (compresi l'abuso fisico e psicologico ed il mancato accudimento) e lo sviluppo di disturbi mentali²⁴ e che molteplici forme di violenza possano agire in modo sinergico risultando in un aumentato rischio di sviluppare questi disturbi²⁵. In particolare l'associazione tra abuso in età infantile e disturbi psichiatrici sembrerebbe modulata dal genere sessuale e maggiormente gravosa nel sesso femminile²⁶ rispetto al quale, ancora una volta, la compresenza di molteplici tipologie di violenza subite (tra cui violenza fisica, violenza fisica grave, violenza psicologica, violenza sessuale, molestie, coinvolgimento in una relazione violenta) risulta essere il fattore di rischio più importante nel mettere a repentaglio la salute mentale²⁷.

Le vittime di violenze fisiche nell'infanzia deterrebbero un rischio aumentato di sviluppare ADHD, PTSD e disturbo bipolare²⁸, deficit nel funzionamento sociale e sintomatologia psicotica; in particolare il funzionamento sociale sembrerebbe agire come mediatore tra maltrattamento e psicosi, costituendo un fattore di rischio ed un possibile oggetto di intervento nella prevenzione dello sviluppo di tale sintomatologia²⁹; l'abuso sessuale nell'infanzia è stato associato ad un aumentato rischio di disordini del comportamento alimentare³⁰. Da ultimo è opportuno evidenziare come l'esposizione alla violenza in età infantile comporti un aumentato rischio non solo per successivi episodi di vittimizzazione, ma anche per il perpetrare

in prima persona condotte violente³¹ quello che viene definito il “ciclo della violenza”, di cui verrà discusso più avanti.

Stati affettivi e disregolazione emotiva

La disregolazione emotiva si riferisce all’incapacità di un individuo di controllare o regolare le proprie risposte emotive a stimoli interni ed esterni. Tale difficoltà si manifesta anche a livello cognitivo e attraverso il comportamento, che risulta maladattivo o “a rischio”. Quando si parla di disregolazione emotiva si intende prevalentemente l’incapacità di gestire le emozioni negative come la paura, la tristezza o la rabbia³². Si manifesta in una vasta gamma di disturbi mentali, tra i quali il PTSD, il disturbo borderline di personalità ed in generale nei disturbi di personalità del cluster B, in diversi disturbi dell’età evolutiva (ADHD, autismo), nei disturbi bipolari o ancora nei disturbi da uso di sostanze, ma è una caratteristica riscontrabile anche in individui non affetti da disturbi mentali³².

Escluse quelle forme ad eziologia organica (ad es. traumi cerebrali con coinvolgimento del lobo frontale), il più delle volte la disregolazione emotiva si associa ad esperienze di trauma psicologico³³. I meccanismi che sottendono la disregolazione emotiva e che vengono attivati a seguito di eventi stressanti comprendono quelli di natura psicologica e comportamentale, ma anche quelli biologici di regolazione neuroendocrina e autonoma³⁴. Gli effetti di un trauma su tali meccanismi di regolazione appaiono particolarmente negativi allorché l’esperienza si verifichi nel corso dell’età evolutiva, periodo in cui tali processi non sono giunti a completa maturazione neurobiologica e che dal trauma possono venire compromessi in maniera permanente³³.

Importanti evidenze della letteratura suggeriscono che la disregolazione emotiva e gli stati affettivi negativi che si verificano in risposta a situazioni stressanti, soprattutto dell’infanzia, svolgerebbero il ruolo di mediatori nella relazione tra il trauma ed esiti negativi di salute fisica e mentale³⁴. L’ipotesi è che il trauma infantile abbia effetti nell’età adulta attraverso l’impatto sulle capacità di regolazione delle emozioni, sulle competenze sociali e in definitiva, risposte biologiche allo stress. Dall’adolescenza all’età adulta, questi problemi possono

stabilizzarsi in stati affettivi cronicamente negativi e in sintomi internalizzanti (ad es. ritiro sociale, ansia) od esternalizzanti (ad es. aggressività, iperattività). Diversi studi confermano l'associazione tra stati affettivi negativi e lo scarso controllo degli impulsi, instabilità emotiva e violenza^{35,36}. È stato dimostrato che stati affettivi negativi e disregolazione emotiva mediano la relazione tra esperienze negative dell'infanzia e comportamenti violenti in età adulta³⁷. Ciononostante, la letteratura non dimostra un accordo unanime sull'associazione tra emozioni negative e violenza. Alcuni studi si focalizzano specificamente sul ruolo di mediazione della disregolazione emotiva^{37,38} e non sugli stati affettivi negativi, altri confermano il ruolo di mediatore delle emozioni negative^{39,40}. Altri autori suggeriscono che le emozioni negative e la disregolazione delle emozioni non sono direttamente collegati alla violenza, ma sono costrutti eterogenei che interagiscono in modi specifici. Ad esempio, alcuni stati affettivi negativi, come la rabbia, e alcune forme di disregolazione delle emozioni, come la difficoltà nel controllo degli impulsi, possono predire i comportamenti violenti. Altri studi non hanno trovato alcuna relazione⁴¹. I dati sembrano essere incoerenti a causa di una distinzione non definitiva di questi domini con aree di sovrapposizione concettuale: alcuni autori identificano le emozioni negative sia come predittori che come esiti di insuccesso della regolazione delle emozioni.

Sistema valoriale

I valori umani di base possono essere definiti come obiettivi astratti trans-situazionali che riflettono cosa gli individui pensano e affermano di stessi; sono costrutti motivazionali che guidano il comportamento, influenzano attitudini, preferenze e a volte possono predire i tratti di personalità⁴². Più nel dettaglio, i valori sono credenze inestricabilmente legate agli affetti, si riferiscono ad obiettivi desiderabili che motivano l'azione ma che trascendono azioni e situazioni specifiche. I valori formano un sistema ordinato di priorità che caratterizza ciascun individuo, ed è proprio l'importanza relativa di più valori che guida l'azione. Fungono da modelli o da criteri nella selezione o nella valutazione delle politiche, delle persone e degli eventi, la maggior parte delle volte in maniera del tutto inconsapevole.

Le scienze sociali e psicologiche in particolare si sono interessate allo studio dei valori umani, mentre poca attenzione è stata ricevuta dalla comunità della salute mentale nonostante l'impatto che i valori sembrerebbero avere sul comportamento ma anche su altre variabili esternalizzanti e su quelle internalizzanti⁴³. La maggior parte delle ricerche sugli antecedenti o sulle conseguenze dei valori ha esaminato le relazioni empiriche tra i valori e un particolare atteggiamento, comportamento o contesto sociale⁴⁴.

Uno studio condotto nel 2018 in un campione di studenti ha individuato alcune correlazioni tra valori e violenza interpersonale. In particolare, i valori di auto-trascendenza e conservatorismo erano associati negativamente, mentre il potere e stimolazione sono positivamente correlati con i comportamenti violenti⁴⁵. Sundberg⁴⁶, esaminando un campione di studenti universitari, ha dimostrato che gli atteggiamenti verso l'educazione violenta dei bambini sono correlati ai valori di tradizione e conformismo. Inoltre, i valori personali sono stati identificati come predittori di indicatori di salute mentale in uno studio internazionale su studenti universitari⁴⁷, con valori tradizionali che predicono la salute mentale mediata dal sociale sostegno e valori moderni che predicono la salute mentale mediata dalla resilienza.

Nel complesso, le indagini volte a valutare specificamente le relazioni tra i valori e la salute mentale hanno suggerito un legame tra valori personali e variabili cliniche, sebbene con risultati contrastanti. A questo proposito, si ipotizza che in alcune persone vi possa essere una deviazione della struttura motivazionale dal suo sviluppo armonico, laddove esisterebbero alcuni modelli specifici di relazioni tra valori tra diverse popolazioni cliniche a supporto. Inoltre, poiché i valori possono essere concettualizzati come emergenti da un patrimonio genetico in combinazione con l'esposizione agli ambienti sociali⁴², le alterazioni dell'elaborazione del valore a livello individuale potrebbero anche influenzare il sistema di affiliazione sociale, aumentando così la suscettibilità ai disturbi mentali. Inoltre, le variabili culturali e quelle relative al contesto potrebbero modulare l'orientamento al valore, influenzando potenzialmente anche le relazioni tra valori e salute.

Fattori sociodemografici e anamnestici

I principali studi condotti tra gli anni Novanta e Duemila sulla relazione tra violenza e salute mentale, sia in popolazioni psichiatriche che in popolazioni generali, hanno dimostrato all'unanimità l'impatto significativo che i fattori sociodemografici agiscono nell'aumentare il rischio di esperienze di perpetrazione e vittimizzazione, ponendoli come fattori più incisivi anche della presenza di un disturbo mentale.

Ad oggi, l'età e il genere sono stati i fattori più studiati. La letteratura riporta costantemente che la giovane età è associata a maggiori livelli di violenza nelle popolazioni generali, cliniche e forensi. La prevalenza e la gravità della violenza aumentano al decrescere dell'età. Inoltre, la giovane età è risultata un fattore in grado di predire esperienze di violenza futura^{48,49}.

Il ruolo del genere appare invece più dibattuto e controverso. Alcune ricerche sull'argomento sostengono che uomini e donne commettono atti violenti con la stessa frequenza. Altre sostengono che gli uomini rappresentano la maggioranza dei perpetratori e le donne la maggioranza delle vittime. Nelle popolazioni cliniche il pattern di genere per la violenza agita non è uniforme⁵⁰⁻⁵², mentre il pattern per la vittimizzazione è più coerente, con le donne maggiormente vittimizzate rispetto agli uomini^{52,53}. Nella popolazione generale i pattern di genere cambiano: gli uomini hanno un rischio maggiore di perpetrazione della violenza⁵⁵, ma anche di vittimizzazione globale e fisica con esiti più gravi rispetto alle donne⁵⁴. Il pattern per la vittimizzazione si inverte qualora si prenda in considerazione la violenza domestica e per i reati sessuali. Globalmente, possiamo dire che gli uomini sono più spesso vittime di violenza da conoscenti ed estranei e le donne da familiari e dal partner⁵⁵. La disomogeneità rispetto al ruolo del genere è attribuibile ad una serie di differenze metodologiche tra gli studi, differenze nelle popolazioni target (cioè cliniche contro generali) e diverse forme di violenza indagate (ad es. fisiche, sessuali, psicologiche, armate, collettive).

Altri fattori sociodemografici individuati come possibili fattori di rischio per la violenza interpersonale sono lo stato civile, l'occupazione lavorativa, la scolarità e lo stato socioeconomico: è stato osservato che soggetti non sposati, disoccupati, con bassi livelli di scolarità e socioeconomico siano soggetti più frequentemente ad esperienze di violenza interpersonale⁴⁸⁻⁵⁰.

Tra i fattori anamnestici o “storici” più rilevanti vi è la storia pregressa di violenza o gli abusi infantili. Chi è stato vittima di violenza è a maggior rischio di commettere atti violenti. È stato osservato come soggetti che abbiano vissuto esperienze di violenza domestica anche solo come “testimoni” e non necessariamente come “vittime” abbiano una maggiore probabilità di diventare essi stessi soggetti violenti⁴⁸.

È stato dimostrato che l’uso di sostanze e alcool aumenta notevolmente il rischio di comportamenti violenti o di vittimizzazione, sia nella popolazione clinica che non clinica^{48,53}. Nel caso della violenza agita, questo potrebbe essere dovuto sia alle caratteristiche di tratto dell’individuo che fa uso di sostanze, quali ad esempio impulsività o disinibizione, che predispongono all’attuazione di comportamenti a rischio, così come all’effetto diretto o indiretto della sostanza che esita in un aumento dell’aggressività. Per quanto concerne la vittimizzazione, molteplici meccanismi possono entrare in gioco, come una maggiore predisposizione e vulnerabilità psico-fisica, comportamenti provocatori, contesti e attività illegali coinvolte nell’approvvigionamento delle sostanze⁵³.

Disturbi mentali

I soggetti affetti da un disturbo mentale hanno una maggiore probabilità di essere violenti⁴⁸ e di subire violenza⁵⁴ rispetto alla popolazione generale; tuttavia, la maggior parte dei soggetti con un quadro psicopatologico stabile non sono violenti⁵⁶. Inoltre, il rischio di subire un atto violento è maggiore del rischio di commetterlo⁵⁷. La violenza agita⁴⁹ e subita⁵⁸ dai pazienti coinvolge più spesso i familiari e gli amici in casa, dunque consiste prevalentemente in violenza domestica. Gli estranei sono coinvolti con una frequenza minore del 50% rispetto ai controlli sani⁴⁹.

Alcuni disturbi mentali sono correlati a un rischio più elevato di comportamenti violenti, soprattutto quando sono presenti sintomi attivi o una ricaduta: schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbo da stress post-traumatico, disturbi della personalità e da uso di sostanze^{50,53,56,57}. I disturbi della personalità e da uso di sostanze sono stati indicati come ulteriori fattori di rischio per la violenza in caso di comorbidità con altri disturbi^{48,53}. Questi disturbi sembrerebbero essere associati

alla manifestazione di diverse forme di violenza, sottese dall'attivazione/disattivazione di diversi circuiti nervosi, come verrà spiegato nel dettaglio nel prossimo paragrafo.

Diverse ricerche si sono concentrate sull'individuazione di fattori di rischio per la violenza legata alla morbilità psichiatrica. La maggior parte degli studi epidemiologici e clinici supporta l'idea che i disturbi mentali forniscano solo un modesto contributo al rischio di violenza tra gli adulti^{48,50}. I pazienti che hanno riportato più frequentemente esperienze di violenza sono risultati caratterizzati da altri fattori associati alla violenza, come quelli individuali, sociodemografici, anamnestici e contestuali^{48,56}. Gli autori hanno concluso che un disturbo mentale non è una causa necessaria o sufficiente di comportamenti violenti⁴⁹, né un predittore indipendente⁴⁸. Non va dimenticato che il rischio aumenta qualora sussistano i seguenti fattori “dinamici” o “modificabili” legati alla riacutizzazione del quadro psicopatologico, sul quale peraltro è possibile intervenire: deliri persecutori, allucinazioni di comando, non adesione al trattamento, impulsività, basso funzionamento, depressione, sentimenti di disperazione e comportamento suicidario⁵⁶.

Neurobiologia della violenza interpersonale⁵⁹

Oltre ai fattori fin qui esposti, anche i correlati genetici e neurobiologici hanno un ruolo nella determinazione della violenza. In quest'ottica, i comportamenti violenti emergono come risultante di meccanismi neurotrasmettitoriali, neuroendocrini e neuroanatomofunzionali tra loro integrati a vari livelli: neuronali, recettoriali e di trasduzione del segnale intracellulare. Sono stati individuati circuiti e aree nervose deputate al controllo del comportamento e che possono avere un'azione inibitoria o facilitatoria sulle condotte aggressive. Inoltre, è stato evidenziato il coinvolgimento dei circuiti dello stile affettivo e della regolazione delle emozioni che comprende le seguenti aree e formazioni nervose: corteccia prefrontale, corteccia del cingolo anteriore, corteccia insulare, ipotalamo, amigdala, ippocampo e nucleo dello striato. La rimozione chirurgica dell'amigdala elimina le risposte aggressive, mentre se essa viene stimolata si inducono risposte emozionali, e se viene modulata farmacologicamente con benzodiazepine od oppiacei si osserva

un'attenuazione dell'emotività. L'amigdala riceve informazioni dall'esterno tramite una via talamica rapida e una via, più fine e lenta, dalla corteccia prefrontale. L'antagonismo funzionale di queste due connessioni sui neuroni dell'amigdala è alla base dello sviluppo dei comportamenti emotivi complessi, come quelli in ambito sociale. All'induzione di atti violenti e aggressivi stimolati dalle afferenze talamiche si contrappone il controllo delle reazioni aggressive e il contenimento delle espressioni emotive esercitato dalle aree corticali. L'amigdala riceve input dall'esterno attraverso due fonti: riceve una rapida, ma grezza rappresentazione dal talamo sensoriale, ed una rappresentazione più tardiva, ma più completa, dalla corteccia prefrontale, soprattutto nelle sue porzioni mediale ed orbitale. Sebbene gli input dalle vie talamica e corticale arrivino in tempi diversi, raggiungono gli stessi neuroni; se essi sono stati attivati dall'amigdala, non possono essere attivati dalla corteccia prefrontale e viceversa: queste due aree sono in rapporto di antagonismo funzionale reciproco. Fintanto che l'amigdala mantiene un elevato livello di attivazione nervosa, non può entrare in azione la corteccia prefrontale, adibita alla scelta dell'opzione migliore in situazioni emotivamente difficili: il soggetto può così lasciarsi sopraffare dalla paura finendo col compiere degli "errori emotivi". Dunque, è facile intuire che deficit a carico di questi sistemi possano predisporre ad un'aumentata impulsività e aggressività. I sistemi neurotrasmettitoriali implicati nella manifestazione della violenza sono quello serotoninergico, endorfinico, dopaminergico, noradrenergico e GABAergico. La serotonina esercita un controllo di tipo inibitorio, mentre la dopamina è implicata nell'attivazione comportamentale e nella determinazione ideo-motoria dell'aggressività. Uno squilibrio tra i livelli di questi due neurotrasmettitori sarebbe quindi implicato nella manifestazione di comportamenti violenti. È stato osservato infatti che lesioni a carico di neuroni serotoninergici determinano disinibizione comportamentale con aumento della reattività agli stimoli avversi e quindi aumento di condotte aggressive.

Nell'ambito dei diversi disturbi mentali a cui si associa un aumento delle condotte aggressive è possibile ipotizzare il deficit di specifiche aree e interconnessioni dei circuiti dopaminergici e serotoninergici a cui corrisponde la manifestazione di comportamenti violenti di natura diversa. Vale a dire che è più opportuno parlare

di “comportamenti violenti”, sottesi da diversi meccanismi, piuttosto che di “comportamento violento” (Tabella 3).

Tabella 3. Meccanismi dell’aggressività in diversi disturbi psichiatrici

	inibizione corteccia pre-frontale	irritabilità limbica e amigdala	iperattività striatale e nuclei della base
Dist. Borderline/ PTSD/abuso di sostanze	↓	↑	
Dist. Antisociale di personalità	↓	↓	
Psicosi	↓		↑

da: Manuale di psichiatria territoriale, G. Nicolò, E. Pompili, C. Silvestrini

Modello bio-psicosociale della violenza interpersonale correlata a problemi di salute mentale⁶⁰

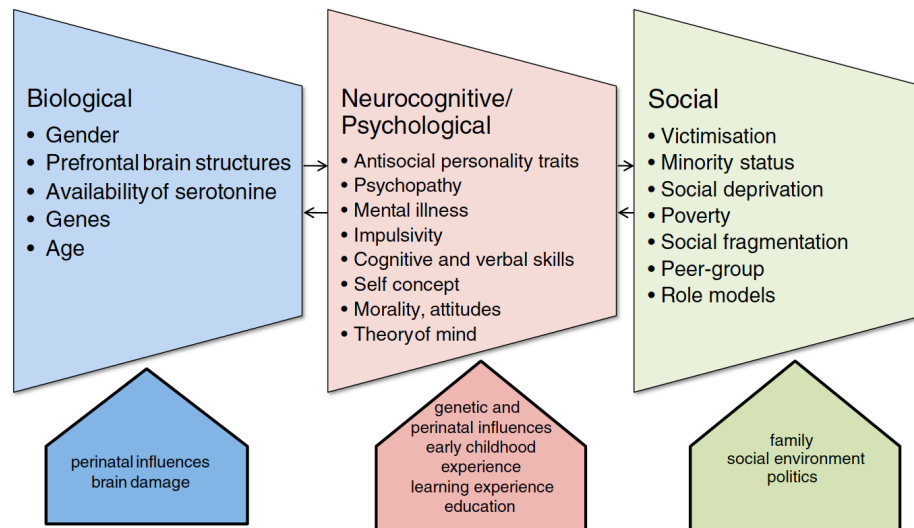
L’idea di una interazione complessa tra i fattori biologici, cognitivi, emotivi e sociali in medicina è riconosciuta da decenni ed è stata articolata formalmente da Engel, negli anni Settanta del secolo scorso, sotto il nome di “modello bio-psico-sociale”. Questo modello è applicabile in modo analogo al fenomeno della violenza. I fattori psicopatologici, biologici, sociologici, storico-individuali ed epidemiologici devono essere visti all’interno di un contesto legale ed integrati dal medico per ottimizzare la prognosi e il trattamento.

Il modello bio-psicosociale della violenza correlata a problemi di salute mentale può essere diviso in due parti: la prima comprende i fattori “disposizionali” (o

predisponenti) dell'individuo che compie atti violenti, la seconda i fattori "situazionali", ovvero i fattori relativi al contesto nel quale si compie la violenza. Come per tutti i comportamenti, siano essi collegati a problemi di salute mentale o no, il comportamento violento ha un potenziale sottostante che è diverso dalla sua attuazione reale in una situazione specifica.

Le caratteristiche biologiche, neurocognitivo-psicologiche e sociali rappresentano i principali fattori disposizionali (Figura 2). Questi sono alla base di molte altre influenze in un complesso percorso causale. Le disposizioni biologiche, per esempio, sono modulate non solo da determinanti genetici ed epigenetici, ma anche da influenze perinatali come ipossimemia, infezioni, ormoni e probabilmente una serie di altri fattori poco compresi e da disturbi delle funzioni cerebrali acquisiti attraverso traumi, infezioni, influenze tossiche o degenerative o persino neoplasie. Le influenze sociali sono modificate sia dall'ambiente familiare, ad un livello più basico, dall'ambiente sociale ad un livello superiore, e infine, dall'impatto della politica.

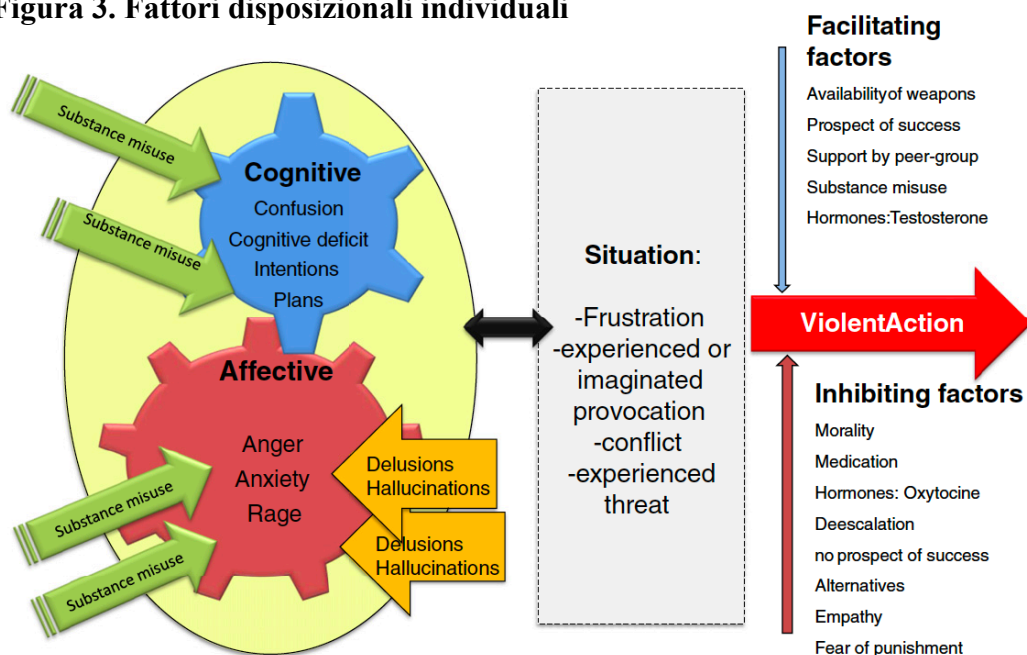
Figura 2. Fattori disposizionali individuali



da: Steinert T & Whittington R, 2013

I fattori “situazionali” possono comprendere le esperienze soggettive (di percezione del contesto), fattori di “stato” e fattori inibitori o facilitatori. Tra le esperienze soggettive si possono distinguere la frustrazione, la provocazione (vissuta o immaginata) e la minaccia percepita, sebbene queste possano essere difficili da districare e inevitabilmente si sovrappongono tra loro. Se i fattori disposizionali possono essere considerati come tratti stabili, i fattori di stato consistono in quei fattori che entrano in gioco ad un certo punto in specifiche situazioni. Questi fattori di stato hanno sempre una componente affettiva ed una cognitiva, entrambe risultanti dalla combinazione della disposizione individuale e della situazione specifica. In ultimo, se un individuo con una propensione al comportamento violento, che si trova in uno stato cognitivo-affettivo di agitazione e in una situazione che stimolante paura o rabbia, alla fine mette in atto comportamenti violenti o di tranquillizza, trovando soluzioni non violente alla situazione, dipende molto da una serie di fattori moderatori secondari (Figura 3).

Figura 3. Fattori disposizionali individuali



da: Steinert T & Whittington R, 2013

In sintesi, secondo questo modello la messa in atto di un comportamento violento spesso dipende dalle molteplici circostanze situazionali e non solo dalle caratteristiche del paziente, secondo il modello di stress-vulnerabilità. Non esiste un percorso diretto dal disturbo mentale alla violenza. Il disturbo mentale può essere inteso come un fattore di mediazione che opera attraverso i sintomi e in combinazione con l'abuso di sostanze piuttosto che una fonte primaria. Poiché è probabile che un'interazione biologico-ambientale sia responsabile della violenza e dell'aggressività, occorre prestare particolare attenzione ai fattori psicosociali che contribuiscono allo sviluppo di comportamenti violenti.

Esiti sulla salute, funzionamento psicosociale e ciclo della violenza

La violenza è responsabile in modo determinante di morte, malattie, disabilità e di una costellazione di altri aspetti sanitari e conseguenze sociali in tutto il mondo. Il modo migliore per rappresentare il problema è attraverso una piramide: le morti violente sono l'esito maggiormente visibile, che viene poi registrato nelle statistiche ufficiali; tuttavia, queste rappresentano solo l'apice della piramide. Al piano inferiore vi sono quelle vittime di violenza che arrivano all'attenzione delle autorità sanitarie e ricevono cure mediche nei Servizi di emergenza o altre forme di assistenza medica, così come assistenza legale. In corrispondenza del terzo strato, la base della piramide e quindi il più ampio, vi sono gli episodi di violenza raccolti da studi sulle popolazioni, che potrebbero non essere mai segnalati alla Sanità o ad altre autorità. Per comprendere la portata del problema, riporto alcuni dati comparsi sul report OMS del 2014 dal titolo "Global status report on violence prevention"²⁰: l'osservazione ha coinvolto 133 paesi, 6,1 miliardi di persone, che rappresentano l'88% della popolazione mondiale. Le morti rappresentano l'esito più evidente dei comportamenti violenti: nel 2012, 6,7 persone su 100.000 sono state vittime di omicidio. Il 60% delle vittime è di sesso maschile. Ma le morti sono solo la punta dell'iceberg del peso sanitario e sociale derivante dalla violenza. È stato stimato che nel 2012 negli Stati Uniti circa 2 milioni di persone sono state trattate nei reparti di emergenza per le lesioni riportate: il 37% aveva un'età compresa tra i 10 e i 24 anni.

Donne, bambini e anziani sono le principali vittime di abusi fisici, sessuali e psicologici: un adulto su quattro ha riferito di aver subito abusi fisici da bambini; una donna su cinque ha riferito di aver subito abusi sessuali da bambino e una su tre è stata vittima di violenza fisica o sessuale da parte di un partner.

Le conseguenze non fatali della violenza rappresentano la gran parte del peso sociale e sanitario derivante dalla violenza. Le stesse lesioni fisiche sono superate, in termini di prevalenza ed importanza, dall'ampio spettro dei problemi di natura comportamentale, cognitiva, mentale, sessuale e riproduttiva, dalle malattie croniche dagli effetti sociali negativi che si presentano dall'esposizione alla violenza. Sebbene le traiettorie dei percorsi psicopatologici non siano ad oggi chiarite⁶¹, gli studi osservazionali di tipo prospettico hanno confermato l'associazione tra la violenza e sviluppo di disturbi mentali⁶². Tra i disturbi correlati figurano i disturbi depressivi e d'ansia, il PTSD, i disturbi alimentari e del sonno, alterazioni del comportamento tra cui l'abuso di sostanze, il fumo, promiscuità sessuale e suicidalità²⁰.

Le esperienze di vittimizzazione o perpetrazione della violenza rappresentano inoltre fattori predittivi per il deterioramento del funzionamento interpersonale, sociale e lavorativo. Diversi studi hanno infatti dimostrato un peggioramento del funzionamento psicosociale in donne abusate⁶³⁻⁶⁷; studi condotti su pazienti affetti da psicosi hanno individuato un'associazione tra trauma interpersonale in età infantile e peggior funzionamento in età adulta⁶⁸⁻⁷⁰.

Un'ulteriore, grave conseguenza che si verifica a seguito dell'esperienza di violenza è quella della sua perpetrazione: chi è stato vittima di violenza è infatti a maggior rischio di commettere atti violenti^{51,53}, determinandosi in tal modo un circolo vizioso a crescita esponenziale. La teoria del "ciclo della violenza" sostiene che le vittime di maltrattamenti nell'infanzia abbiano un rischio maggiore non solo per successivi episodi di vittimizzazione, ma anche di diventare a loro volta soggetti maltrattanti^{31,71}, determinando la trasmissione intergenerazionale del trauma. I modelli di trasmissione sono molteplici e chiamano in causa la mediazione della dissociazione⁷², l'attaccamento disorganizzato¹⁰ o fattori neuropsicologici⁷³. Va notato che la ricerca relativa al "ciclo di violenza", tuttavia, si è per anni focalizzata sulle forme di maltrattamento fisico o sessuale, escludendo spesso il maltrattamento

psicologico⁷⁴. Solo recentemente un numero crescente di studi suggerisce che il neglect e l'abuso psicologico possono essere ugualmente o persino più predittivi del comportamento violento degli adulti rispetto all'abuso fisico⁷⁵⁻⁷⁷.

Alcuni autori hanno sottolineato l'importanza del contesto in cui il trauma infantile ha luogo, dimostrando l'assenza di un nesso causale lineare: Loewenstein nel 2004⁷⁸ pone il trauma in relazione con i “*modelli interattivi familiari*”, affermando che “i sopravvissuti ad un trauma non provengono unicamente dal “*trauma*”, ma dal trauma inserito in una matrice di base costituita da relazioni evolutive altamente disturbate e confuse” e analogamente la Miles⁷⁹: “un'importante interferenza (nei processi di sviluppo) sembrano essere le disfunzioni familiari, mentre il trauma, anche se importante, ha effetti diversi a seconda del contesto in cui si verifica”.

Costi della violenza interpersonale²⁰

La violenza costituisce un problema per la collettività anche in termini economici: le conseguenze sociali e sanitarie che ne derivano comportano un ingente peso in termini di “costi”, il cui carico preciso tuttavia non è noto, in particolare nei Paesi in via di sviluppo in cui le perdite e l'impatto economico tendono a essere sottostimati. I costi associati alla violenza possono essere sia diretti che indiretti: tra i primi si possono annoverare l'erogazione di trattamenti di cura nei Servizi di salute mentale o di emergenza e i costi della Giustizia. In maniera indiretta la violenza ha effetti negativi sulle economie locali e nazionali: arretra lo sviluppo economico, aumenta la disparità economica, intacca il capitale umano e sociale. Le vittime di violenza hanno maggiori probabilità di andare incontro a periodi di disoccupazione, assenteismo e di soffrire di problemi di salute che influenzano le prestazioni lavorative. Altri costi indiretti includono quelli relativi alla perdita di produttività a causa della morte prematura, disabilità a lungo termine, la fornitura di luoghi di sicurezza per bambini e donne, disagi nella vita quotidiana a causa di timori per la sicurezza personale, disincentivi agli investimenti e al turismo.

La maggior parte delle nazioni spende una notevole quantità di risorse per rispondere alla violenza. La spesa annuale mondiale equivale in media a 9.46 trilioni, pari all'11% del Pil mondiale. In Italia i costi si aggirano intorno ai 26

miliardi di euro all'anno. Complessivamente, nei 28 paesi dell'Unione europea si stima che il costo della violenza contro le donne è pari a quasi 226 miliardi di euro (dati Eige 2017, Istituto europeo per l'Uguaglianza di Genere). Negli Stati Uniti, il costo economico della sola violenza contro le donne stimato nel 2003 è stato di circa 5.8 miliardi di dollari; il costo totale derivante dagli esiti fatali e non fatali di nuovi casi di maltrattamento sui minori è di circa 124 miliardi di dollari all'anno.

La violenza interpersonale nei Servizi di Salute Mentale

I disturbi mentali e la violenza vengono, ad oggi, considerate inestricabilmente connesse. Questo fatto alimenta lo stigma verso i soggetti affetti e a una gestione più difficoltosa dei pazienti da parte degli psichiatri. Di fatto, la violenza è diventata negli anni oggetto della pratica psichiatrica con proporzioni crescenti, con un ampio numero di soggetti violenti ricoverati nei reparti di acuzie. Gli psichiatri sono spesso chiamati a valutare e trattare questi pazienti violenti.

Ogni anno, si verificano migliaia di aggressioni verso gli operatori sanitari negli ospedali di tutto il mondo, comprese le unità psichiatriche e i pronto soccorso. La letteratura suggerisce che gli psichiatri hanno una probabilità dal 5% al 48% di subire un'aggressione fisica da parte di un paziente durante la loro carriera, e che il 40-50% dei medici in formazione specialistica viene aggredito nel corso dei quattro anni di formazione. Osservazioni condotte sul personale infermieristico mostrano che tra il 75% e il 100% di chi lavora nei reparti di acuzie psichiatrica subisce violenza ad un certo punto della loro carriera.

La violenza fisica subita dal personale sanitario contribuisce a stati di morale basso, alti tassi di congedo per malattia ed elevato turn over dello staff, che alimentano un circolo vizioso in cui la condizione di sottorganico e di personale temporaneo può favorire un maggior numero di eventi avversi. Fare affidamento ad equipe temporanee aumenta i costi sanitari ed è stato collegato a standard di cura inferiori. Inoltre, la percezione del rischio di violenza nei reparti può comportare un maggiore ricorso a misure coercitive come l'isolamento, la contenzione fisica e farmacologica, che spesso i pazienti descrivono come traumatici e possono, a loro

volta, innescare risposte aggressive da parte dei pazienti anziché compliance ai trattamenti.

La violenza nei reparti per acuti è un problema gravoso non solo per il rischio potenziale di lesioni a carico dei pazienti e del personale, ma anche a causa degli effetti contro-terapeutici sia della violenza che delle misure per prevenirla. I pazienti che assistono a episodi di violenza nei reparti possono mostrare conseguenze emotive che comprendono rabbia, shock, paura, depressione, ansia e disturbi del sonno.

Ad oggi, i fattori associati ai tassi complessivi di violenza nei reparti psichiatrici per acuti non sono noti. Una migliore comprensione di questi fattori permetterebbe una migliore organizzazione dei Servizi, un confronto tra le prestazioni di tali Servizi, così come lo sviluppo di misure preventive e strategie di intervento adeguate. Attualmente in Europa non esiste un'opinione unanime su quali procedure siano più efficaci nella gestione degli episodi violenti nei Servizi di salute mentale.

Una recente metanalisi sistematica⁸⁰ ha analizzato diversi studi, pubblicati tra gennaio 1995 e dicembre 2014, che hanno riportato tassi di violenza nei reparti psichiatrici acuti di ospedali generali o psichiatrici nei paesi ad alto reddito. Secondo questa metanalisi, circa 1 paziente ricoverato su 5 può commettere un atto violento. I reparti con percentuali più elevate di maschi, di pazienti in regime di T.S.O, con disturbi da uso di alcool o diagnosi di schizofrenia e storia pregressa di violenza hanno proporzioni più elevate di aggressioni.

Attualmente, in Europa non esiste un'opinione unanime su quali procedure siano più efficaci nella gestione degli episodi violenti nei Servizi di salute mentale. Non vi è un accordo, raccomandazioni o direttive dell'Unione Europea (EU) su quali misure coercitive dovrebbero essere praticate.

Uno studio osservazionale⁸¹ condotto in 17 paesi europei rivela che quasi il 20% degli operatori sanitari impiegati nei reparti psichiatrici non ha ricevuto alcuna formazione sulla valutazione del rischio e sulla gestione della violenza; inoltre, questo studio mostra che le procedure di intervento più utilizzate sono state quelle coercitive, come la contenzione fisica, la sedazione rapida e l'isolamento,

nonostante non sia stata dimostrata una maggiore efficienza e abbiano effetti negativi sulla prognosi.

In quest'ottica, la sanità pubblica dovrebbe concentrarsi sulla prevenzione primaria della violenza, attraverso l'identificazione e il trattamento precoce dei fattori di rischio dinamici, come l'abuso di sostanze, i sintomi psicotici attivi, l'impulsività, e di quelli statici, come la storia pregressa di violenza, i fattori demografici e la diagnosi.

I principali studi osservazionali ed epidemiologici sulla violenza interpersonale

Prima degli anni '90, le prove empiriche della relazione tra la violenza e le malattie mentali derivavano in gran parte da studi clinici forensi e da piccoli studi osservazionali su popolazioni altamente selezionate, che avevano esaminato i comportamenti violenti nei pazienti ospedalizzati o il livello di psicopatologia tra i criminali violenti in carcere. Nessuno dei due tipi di studio era stato progettato per rispondere alla domanda epidemiologica di base se la violenza fosse effettivamente più prevalente tra le persone con malattie mentali nella comunità rispetto alla popolazione generale, o se la malattia mentale di per sé determini violenza nella comunità, perché le popolazioni dello studio erano già selezionate per il rischio di violenza e quindi non rappresentative⁸².

Nel 1990, sei anni prima della risoluzione WHA49.25 dell'OMS, viene pubblicato il primo grande studio epidemiologico che riporta la prevalenza di qualsiasi comportamento violento, minore o grave, in soggetti adulti affetti o meno da un disturbo mentale, costituenti un campione casuale della comunità. Il National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area (ECA)⁸³ ha misurato la violenza usando una lista di domande inerenti la manifestazione di comportamenti violenti come colpire con un pugno, spingere, o lanciare oggetti contro un'altra persona. Il rischio attribuibile di violenza a un anno associata a gravi malattie mentali è risultato solo del 4%. Questo studio ha rilevato un rischio sostanzialmente maggiore di comportamento violento all'interno di sottogruppi di partecipanti con

determinate caratteristiche demografiche: individui più giovani, maschi, di basso livello socioeconomico e coloro che hanno problemi con l'uso di alcool o droghe (questi ultimi con un rischio di 10 volte superiore). Questi fattori di rischio erano statisticamente predittivi di violenza nelle persone con o senza disturbi mentali. I dati hanno dimostrato che le persone con gravi disturbi mentali sono più inclini a commettere atti violenti rispetto a persone non affette, ma la grande maggioranza non è violenta e che soggetti con disturbi mentali e soggetti sani commettono atti violenti per gli stessi motivi.

Il National Comorbidity Survey (NCS)⁸⁴ è stato la prima indagine rappresentativa sulla salute mentale a livello nazionale negli Stati Uniti che abbia utilizzato un colloquio diagnostico di ricerca completamente strutturato per valutare la prevalenza e i correlati dei disturbi mentali. Il NCS fu disegnato per studiare la comorbidità dell'uso di sostanze con altri disturbi e per allargare i risultati dell'ECA. Dato che gli studi precedenti sulla relazione tra violenza e disturbi mentali, incluso lo studio ECA, si erano limitati alla presenza di diagnosi nell'anno precedente, uno degli scopi del NCS era quello di confrontare i tassi dei comportamenti violenti nelle persone che soddisfano i criteri diagnostici durante l'anno passato con i soggetti che hanno soddisfatto i criteri nel corso della vita ma non nell'ultimo anno. Questa analisi serviva a rispondere alla domanda se i sintomi recenti e le disabilità associate sono importanti per la correlazione con comportamenti violenti o se altre caratteristiche della diagnosi sono associate. I risultati di questo studio hanno indicato che soggetti con diagnosi nell'ultimo anno di disturbi d'ansia, distimia e depressione maggiore avevano una probabilità tre o quattro volte maggiore di ammettere comportamenti violenti di quelli senza disturbi. Le persone con disturbo bipolare o abuso di droghe e alcol avevano una probabilità otto volte maggiore di avere comportamenti violenti. Soggetti con comorbidità con abuso di sostanze avevano maggiori probabilità di manifestare violenza. I fattori demografici (età, etnia, genere) erano più predittivi della diagnosi, con presenza di interazione tra età e genere (maschi giovani a maggior rischio di comportamenti violenti). La conclusione di questo studio, similmente allo studio precedente, è che la diagnosi di disturbo mentale è solo un debole predittore di comportamenti violenti.

Nel 1992 è stato intrapreso il MacArthur Violence Risk Assessment Study (MVRAS)⁸⁵, uno studio di follow up che ha seguito per oltre un anno una coorte di più di 1000 pazienti psichiatrici una volta dimessi. Questo studio ha utilizzato interviste al soggetto e alla famiglia per misurare eventi violenti. Il MVRAS ha riscontrato che la comorbidità con l'abuso di sostanze era responsabile di gran parte della violenza nei pazienti psichiatrici dimessi; nei pazienti senza tale comorbidità, il rischio di agire comportamenti violenti era simile ai loro vicini nella comunità. Tuttavia, poiché molti dei pazienti vivevano in quartieri svantaggiati con alti livelli di criminalità e poiché i tassi di violenza nel gruppo dei pazienti e nel gruppo di controllo erano sostanzialmente più alti rispetto allo studio ECA, un'interpretazione dei risultati del MVRAS è che i fattori socio-ambientali hanno un'influenza maggiore sul rischio dei comportamenti violenti rispetto alle variabili psicopatologiche.

Il progetto CATIE (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effective)⁸⁶ ha esaminato i comportamenti violenti in 1445 pazienti con schizofrenia come parte di un ampio trial clinico randomizzato multicentrico. Lo studio ha individuato sottogruppi distinti di pazienti affetti da schizofrenia con diversi livelli di rischio di violenza e che sembravano comportarsi in modo violento per diverse ragioni. In particolare, circa un terzo del campione ha avuto una storia di comportamento antisociale che ha preceduto l'insorgenza del disturbo psicotico in età adulta ed aveva mostrato il doppio delle probabilità di avere comportamenti violenti recenti rispetto a chi non aveva questi tratti antisociali. Il loro comportamento violento non era correlato significativamente a sintomi psicotici acuti, ma era associato a una storia di vittimizzazione e traumi. Inoltre, il loro rischio di violenza non diminuiva significativamente quando erano complianti alla terapia farmacologica. Allo stesso tempo, sembra chiaro che la psicosi abbia chiaramente contribuito alla violenza in alcuni partecipanti al CATIE. Complessivamente, lo studio ha trovato che i pazienti con sintomi psicotici acuti che coinvolgono una combinazione di pensiero delirante, sospettosità e percezione di persecuzione avevano una probabilità circa tre volte maggiore di commettere un atto violento grave rispetto ai pazienti nei quali questi sintomi erano assenti o controllati.

Il National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)^{48,50} è uno studio longitudinale condotto negli U.S.A. sulla popolazione adulta non istituzionalizzata, con lo scopo primario di determinare i tassi di comorbidità tra disturbi mentali e uso di sostanze. I dati sulla relazione tra disturbi mentali e violenza sono stati raccolti come parte di questa indagine svolta “face-to-face”. I risultati di questo studio hanno confermato quelli delle indagini precedenti, ovvero che l’incidenza di comportamenti violenti è più alta nei soggetti con malattia mentale severa, ma il rischio è maggiore in modo significativo solo nei soggetti che abusano o hanno una dipendenza da sostanze. Ciononostante, la maggior parte dei soggetti affetti non è violenta. La malattia mentale severa, da sola, non è predittiva della violenza. Quest’ultima appare invece associata con fattori storici (storia pregressa di violenza, di abusi, delinquenza dei genitori), clinici (uso di sostanze, percezione di minaccia), disposizionali (età, genere, reddito) e contestuali (stato civile, disoccupazione). Nei soggetti affetti da disturbi mentali dunque sarebbero più spesso presenti quei fattori che hanno un effetto significativo sul rischio di violenza di un individuo.

Nella Tabella 4 e nella Tabella 5 è riportata una sintesi di quanto esposto.

Tabella 4. Principali studi osservazionali sulla relazione tra violenza e disturbi mentali

Studio	Gruppo di ricerca	disegno	periodo	Numero partecipanti
Epidemiologic Catchment Area Study (ECA)	National Institute of Mental Health (NIMH - NIH)	trasversale	1980 - 1985	10.024 pop. generale
National Comorbidity Survey (NCS)	Survey Research Center at the University of Michigan	trasversale	NCS (1990-1992) NCS-2 (2001-2002) NCS-R (2001-2002)	5.865 10.000 pop. generale
MacArthur Violence Risk Assessment Study (MVRAS)	Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh; Western Missouri Mental Health Center, Kansas City; Worcester State Hospital, Worcester, Mass; University of Massachusetts Medical Center, Worcester	prospettico	1992-1995	951 pazienti dimessi

Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE)	National Institute of Mental Health (NIMH - NIH)	trial clinico	2000-2004	1.445 pazienti affetti da schizofrenia
National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA - NIH)	trasversale	I-wave (2001-2003) II-wave (2004-2005) NESARC-III (2012-2013)	39.959 34.653 36.309 pop. generale

Tabella 5. Principali studi osservazionali sulla relazione tra violenza e disturbi mentali: i risultati

Studio	principali risultati
Epidemiologic Catchment Area Study (ECA)	associazione <i>positiva ma modesta</i> tra <i>violenza e malattia mentale</i> (RA= 4%); aumento del rischio per <i>fattori demografici</i> in p. clinica e non clinica (giovani, maschi, basso livello socioeconomico, uso di droghe)
National Comorbidity Survey (NCS)	<i>maggior rischio</i> di comportamenti violenti in soggetti affetti da malattia mentale (3-4 volte); l'uso di sostanze/alcool aumenta il rischio (8 volte); alcuni <i>fattori demografici</i> (età, etnia, genere) sono più predittivi della diagnosi
MacArthur Violence Risk Assessment Study (MVRAS)	<i>NO maggior rischio</i> di comportamenti violenti in soggetti affetti da malattia mentale; l' <i>uso di sostanze</i> è il maggior responsabile degli atti violenti; i fattori <i>socio-ambientali</i> hanno un'influenza maggiore rispetto alle variabili psicopatologiche (maggiori tassi di violenza dell'ECA)
Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE)	<i>sottogruppi</i> di pazienti affetti da schizofrenia con <i>diversi livelli di rischio</i> di violenza (storia pregressa di comportamento antisociale; sintomi psicotici in fase acuta)
National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)	stessi pattern dell'ECA (ma tassi di violenza minori)

Strumenti di valutazione della violenza interpersonale

Misurare le esperienze di violenza interpersonale in maniera standardizzata è necessario sia dal punto di vista della ricerca, al fine di confrontare i risultati dei diversi studi, sia in campo clinico per la valutazione, prevenzione e gestione del rischio nei setting ospedalieri e in comunità.

Nonostante il forte impatto sulla salute, mentale e fisica, e sul funzionamento psicosociale, i principali studi epidemiologici condotti sulla violenza interpersonale non hanno utilizzato strumenti validati e standardizzati, ma piuttosto interviste create appositamente. Altre ricerche hanno utilizzato i report statistici provenienti dalle banche dati sanitarie o giuridiche. Un'ulteriore questione riguarda la maggior efficacia o meno degli strumenti self-report o di eterovalutazione: in alcuni studi sono stati riportati tassi più elevati di esperienze di vittimizzazione e perpetrazione di violenza attraverso l'uso di strumenti self-report rispetto al colloquio clinico. Ciò vuol dire che nel caso di strumenti compilati da clinici e ricercatori, le valutazioni potrebbero dipendere dalla disponibilità dei soggetti intervistati a rivelare le loro esperienze agli altri, e non dalla verità dei fatti.

In campo psicometrico sono stati sviluppati prevalentemente strumenti per la previsione del rischio di comportamenti violenti e strumenti di valutazione delle caratteristiche psicopatologiche associate alla violenza, come l'aggressività, l'impulsività, la rabbia. La carenza principale di queste scale è la mancata capacità di distinguere adeguatamente gli "atti violenti" da pensieri e sentimenti. Nel 2010, un gruppo di ricercatori svedesi ha pubblicato i risultati dello studio di validazione della Karolinska Interpersonal Violence Scale (KIVS)⁸⁷, uno strumento innovativo nell'eterogeneo settore della valutazione della violenza sviluppato per colmare le lacune fin qui esposte.

Qui di seguito è presentata una breve rassegna dei principali strumenti di misurazione della violenza e dell'aggressività.

Karolinska Interpersonal Violence Scale

La KIVS è un'intervista semistrutturata specifica per la violenza interpersonale, composta da quattro sottoscale che valutano rispettivamente le esperienze di violenza agita e subita nell'infanzia (tra i 6-14 anni di età) e nell'età adulta (dai 15

anni in su). Ciascuna sottoscala è costituita un set di dichiarazioni rappresentanti esempi concreti di episodi violenti di gravità e frequenza crescenti verificatisi durante la vita. L'esaminatore attribuisce un punteggio a ciascuna sottoscala da 0-5 (punteggio totale massimo 20). Questo strumento è capace di distinguere i pensieri o sentimenti violenti dagli agiti. Inoltre, consente di utilizzare i punteggi composti delle sue sottoscale: ad esempio, violenza agita e subita nel corso della vita. Ad oggi, è stato utilizzato in numerosi studi di ricerca sul suicidio e in studi osservazionali su campioni clinici. È stata validata in Svezia col metodo di validazione concorrente con questionari che misurano l'aggressività e gli atti di violenza (Buss-Durkee Hostility Inventory; sottoscala "Urge to act out hostility" dell'Hostility and Direction of Hostility Questionnaire; Early Experiences Questionnaire), ed ha dimostrato buone qualità psicometriche.

Nel 2016, il nostro gruppo di ricerca ha ottenuto dagli autori originali l'autorizzazione a sviluppare e somministrare la versione italiana, ottenuta attraverso il processo di «back translation»⁸⁸.

Historical Clinical and Risk Management (HCR) – 20

È una scala strutturata e standardizzata⁸⁹ di giudizio professionale inerente la stima della probabilità che pazienti con malattia mentale, compresi quelli di interesse forense, possano commettere nuovi comportamenti violenti oltre a quello/i che ha determinato la loro reclusione in istituto di cura/detenzione. Si compone di 20 item divisi in 3 fattori: 10 storici, 5 clinici e 5 di risk management ricavati dai riscontri empirici della letteratura in merito agli elementi correlati al rischio di violenza. La codifica di ognuna delle singole 20 voci avviene per mezzo di una scala a tre punti, in base al grado di certezza sulla presenza del fattore di rischio: il punteggio 0 indica che il fattore è assente, o che la sua presenza non è supportata dalle informazioni di cui si dispone sulla storia del paziente; il punteggio 1 indica che il fattore è possibilmente o parzialmente presente, ovvero che le informazioni di cui si dispone indicano una qualche evidenza, seppur non definitiva, della sua presenza; il punteggio 2 indica l'assoluta, chiara e certa presenza del fattore considerato. Laddove non si disponga di alcuna informazione relativa ad una data voce, o se quelle di cui si è in possesso non vengono ritenute attendibili, ne è consentita

l'omissione. Attribuiti i punteggi ad ognuno dei fattori che compongono la scala, la valutazione del rischio viene effettuata considerando tre livelli di gravità: basso, medio o alto.

Barratt Impulsiveness Scale (BIS) – Version 11⁹⁰. Scala self-report che indaga l'impulsività, ovvero l'azione repentina senza la mediazione del pensiero, tanto nei pazienti psichiatrici che in soggetti non psichiatrici. È composta da 30 item.

Aggression Questionnaire (AQ)⁹⁰. Questionario self-report, composto da 29 item, che misura quattro aree dell'aggressività: Aggressività fisica, Aggressività verbale, Rabbia e Ostilità. Consente di ottenere una misura quantitativa dell'aggressività e l'espressione qualitativa della sua manifestazione.

State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) – 2⁹⁰. È una scala self-report di 57 item che misura l'esperienza della rabbia e le modalità della sua espressione. È suddivisa in tre parti: una valuta la “rabbia di stato” (come l'individuo si sente “al momento attuale”), una la “rabbia di tratto” (come l'individuo si sente “generalmente”), l'ultima si compone di quattro aree che corrispondono a “espressione della rabbia all'esterno”, “espressione della rabbia all'interno”, “controllo della rabbia all'esterno”, “controllo della rabbia all'interno”, più un “indice di espressione della rabbia”.

Buss Durkee Hostility Inventory (BDHI)⁹⁰. È un questionario self-report composto da 75 item, sviluppato per misurare aspetti di rabbia/ostilità e aggressività. Comprende le seguenti sottoscale: aggressione (10 item), ostilità indiretta (9 item), irritabilità (11 item), negativismo (5 item), risentimento (8 item), sospettosità (10 item), colpa (9 item) e ostilità verbale (13 item).

Aggression Inventory (AI)⁹⁰. È uno strumento self-report che valuta il comportamento aggressivo in qualità di tratto. È composto da 30 item e si articola in quattro sottoscale: aggressività fisica, aggressività verbale, impulsività/impazienza ed evitamento.

L'effetto traumatico dei disastri naturali

L'impatto psicologico delle pandemie e delle misure restrittive

Le pandemie e le epidemie hanno sempre fatto parte della storia dell'umanità e solo nel secolo scorso l'influenza spagnola (1918-1920), l'influenza asiatica (1956-1957), la SARS (2002-2003), l'influenza "suina" (2009), l'Ebola (2013-2014) e altre hanno colpito gli individui di tutto il mondo. Sono state condotte diverse ricerche in passato con l'obiettivo di valutare gli esiti psicologici correlati a queste e altre pandemie/epidemie⁹¹⁻⁹³. La letteratura suggerisce che misure restrittive, quali la quarantena, l'isolamento e il distanziamento sociale hanno un impatto negativo sul benessere psicologico delle persone e sulle reazioni emotive alla pandemia stessa⁹². Le reazioni psicologiche alle pandemie includono i comportamenti disadattivi, stress emotivo e risposte difensive: ansia, paura, frustrazione, solitudine, rabbia, noia, depressione, stress, comportamenti di evitamento⁹³. Durante le pandemie moderne è stato possibile osservare una particolare sindrome nota come "headline stress disorder" (disturbo da stress da titoli di giornale): è caratterizzata da un'elevata risposta emotiva, come stress e ansia, ai report continui da parte dei mezzi di informazione, che possono causare sintomi fisici inclusi palpitazione e insonnia; sono possibili ulteriori sintomi fisici e lo sviluppo di disturbi mentali⁹⁴.

L'epidemia da SARS

Soggetti sopravvissuti alla SARS (sia operatori sanitari e non) hanno esperito livelli di stress più elevati durante l'epidemia rispetto ai soggetti di controllo. Un anno dopo, erano presenti non solo livelli di stress elevati, ma anche alti livelli di depressione, ansia e sintomi post-traumatici. Gli operatori sanitari mostravano livelli di stress e disagio psicologico più elevanti rispetto ai lavoratori non sanitari. La popolazione generale ha riportato effetti negativi in risposta alla quarantena: paura, nervosismo, tristezza, senso di colpa, confusione, rabbia, intorpidimento e insonnia⁹⁵.

Studi sul personale ospedaliero hanno scoperto che l'esser stati in quarantena era il fattore maggiormente predittivo del disturbo da stress acuto o dei sintomi di stress post-traumatico anche tre anni dopo. Un altro studio ha rilevato che gli operatori sanitari che avevano subito la quarantena avevano sintomi da stress post-traumatici rispetto alla popolazione; inoltre, anche gli operatori sanitari hanno percepito una maggiore stigmatizzazione, ha mostrato più comportamenti di evitamento dopo la quarantena, hanno riportato una maggiore perdita di reddito e sono stati più colpiti psicologicamente. Studi sugli effetti a lungo termine hanno evidenziato che tre anni dopo la fine della epidemia da SARS, gli operatori sanitari che erano stati in quarantena mostravano abuso o dipendenza da alcol.

L'influenza suina

Durante l'epidemia da influenza suina sono stati riscontrati nella popolazione generale e nel personale ospedaliero comportamenti di evitamento, alti livelli di ansia e preoccupazioni circa l'infezione con grandi differenze regionali. I familiari dei pazienti hanno mostrato livelli elevati di stress e depressione, rispetto ad una popolazione di controllo. Uno studio su soggetti affetti da disturbi mentali hanno evidenziato che i bambini e i pazienti con disturbi nevrotici e somatoformi mostravano maggiormente preoccupazioni moderate o gravi relative all'influenza suina rispetto ad altre popolazioni⁹⁵.

L'epidemia da Ebola

Ricerche sulla risposta psicologica alla quarantena durante l'epidemia da Ebola ha confermato i risultati precedenti: i soggetti hanno riferito paura, rabbia e insonnia. Lo stigma subito è stato riportato come un grande problema. Depressione, ansia e stress post-traumatico erano sequele comuni nei sopravvissuti all'Ebola. Operatori sanitari in prima linea hanno riferito un profondo senso di stigmatizzazione, sofferenza, solitudine, isolamento e tristezza⁹⁵.

La pandemia da Covid-19

La malattia da coronavirus 2019 (CoViD-19), causata da un nuovo ceppo di coronavirus SARS-CoV-2, è stata dichiarata una pandemia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità l'11 marzo del 2020. Il virus ha avuto e sta continuando ad avere un impatto diretto sulla salute fisica di milioni di persone; immediatamente si comprese che avrebbe rappresentato una minaccia di grande portata per la salute mentale a livello globale. Gli effetti sulla salute mentale non dipendono esclusivamente dai possibili esiti della patologia stessa, ma essere associati agli effetti delle misure restrittive per contenere il contagio (es. quarantena, lockdown)⁹¹⁻⁹⁵ o all'impatto socio-economico della pandemia, e può inquadrare il trauma "dovuto alla pandemia" come un trauma interpersonale. Le evidenze relative alle reazioni psicologiche durante la fase iniziale⁹⁵ osservate in diverse popolazioni (es. popolazione generale, operatori sanitari e popolazioni cliniche), hanno sottolineato il notevole impatto sulla salute mentale (Tabella 1, Tabella 2, Tabella 3), confermato da studi successivi. Gli individui hanno sperimentato un considerevole disagio psicologico in termini di ansia, depressione, sintomi post-traumatici e insonnia⁹⁶. A livello globale, i risultati sono stati relativamente coerenti in termini di gravità: la maggior parte degli individui ha sofferto di disturbi lievi-moderati, mentre i soggetti con sintomi gravi ha rappresentato una minoranza. Alcune categorie si sono rivelate più vulnerabili, ovvero gli operatori sanitari e i pazienti affetti da CoViD-19. Inoltre, alcune variabili erano associate a livelli psicologici più elevati impatto, come il genere femminile e la giovane età. È probabile che nel corso degli anni assisteremo ad un aumento significativo della incidenza di suicidi, disturbi comportamentali come l'uso di sostanze, vissuti di solitudine, violenza domestica e abusi sui minori, come abbiamo imparato dai precedenti casi di disastri naturali su larga scala⁹⁶. Molto probabilmente, le conseguenze sulla salute mentale persisteranno più a lungo e avranno un picco più tardi rispetto alla pandemia vera e propria. Come già dimostrato, durante le epidemie, il numero di persone la cui salute mentale è compromessa tende ad essere superiore rispetto al numero delle persone colpite dal contagio.

Tabella 1. Ricerche originali sulla popolazione generale

Autori	Paese	Disegno	Popolazione	Periodo	Questionari
Li et al, 2020	Cina	Online Ecological Recognition (OER)	17865 utenti attivi su Weibo	dal 13 al 26 gennaio 2020	indicatori emotivi (es. ansia, depressione, indignazione) e cognitivi (es. giudizio del rischio sociale e soddisfazione della vita)
Zhang & Ma, 2020	Cina	trasversale (basato su app del cellulare e interviste telefoniche)	263 soggetti	dal 28 gennaio al 5 febbraio 2020	Impact of Event Scale (IES)
Liu et al, 2020	Cina	trasversale (indagine online)	285 residenti a Wuhan e in città limitrofe	dal 30 gennaio al 8 febbraio 2020	PTSD Checklist per DSM-5 (PCL-5) e item del Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
Qiu et al, 2020	Cina	trasversale (indagine online)	52730 soggetti	dal 31 gennaio 2020	COVID-19 Peritraumatic Distress Index (CPDI)
Wang et al, 2020	Cina	trasversale (indagine online)	1210 soggetti	dal 31 gennaio al 2 febbraio 2020	Impact of Event Scale-Revised (IES-R); Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)
Wang et al, 2020	Cina	trasversale (indagine online)	600 soggetti	dal 6 al 9 febbraio 2020	Self-Rating Anxiety Scale (SAS); Self-Rating Depression Scale (SDS)
Cao et al., 2020	Cina	trasversale	7143 studenti di medicina residenti nella provincia Hubei	non specificato	Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)

da: Talevi D. et al, 2020

Tabella 2. Ricerche originali sugli operatori sanitari

Autori	Paese	Disegno	Popolazione	Periodo	Questionari
Lai et, 2020	Cina	trasversale	1257 operatori sanitari: 493 medici e 764 infermieri	dal 29 gennaio al 3 febbraio 2020	Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7), Insomnia Severity Index (ISI-7), Impact of Event Scale– Revised (IES-R)
Kang et al, 2020	Cina	trasversale (indagine online)	994 operatori sanitari che lavorano a Wuhan: 183 medici e 811 infermieri	dal 29 gennaio al 4 febbraio 2020	Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), Insomnia Severity Index (ISI), Impact of Event Scale-Revised (IES-R)
Huang et, 2020	Cina	trasversale	230 operatori sanitari di un ospedale di terzo livello per malattie infettive	Dal 7 al 14 febbraio 2020	Self-rating Anxiety Scale (SAS), Post-Traumatic Stress Disorder Self-rating scale (PTSD-SS)
Li et al, 2020	Cina	trasversale (basato su app del cellulare)	740 soggetti (214 popolazione generale, 234 infermieri in prima linea, e 292 infermieri)	dal 17 al 21 febbraio 2020	The Chinese version of the vicarious traumatization questionnaire
Cao et al, 2020	Cina	qualitativo-quantitativo – lettera all’Editore	37 operatori sanitari di una clinica per la cura della febbre da COVID-19: 6 medici, 19 infermieri, e 2 tecnici clinici	febbraio 2020	Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Maslach Burn-out Inventory (MBI)

da: Talevi D. et al, 2020

Tabella 3. Ricerche originali su pazienti affetti da COVID-19

Autori	Paese	Disegno	Popolazione	Periodo	Questionari
Zhao et al,	China	trasversale (indagine online)	106 pazienti durante l'isolamento nell'Ospedale Tongji a Wuhan	dal 2 al 16 febbraio 2020	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7), Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)
Nguyen et al, 2020	Vietnam	trasversale	3947 pazienti dimessi (affetti e non da COVID-19) da 9 ospedali e cliniche in Vietnam	dal 14 febbraio al 2 marzo 2020	Patient health questionnaire (PHQ-9), 36-Item Short Form Survey (SF-36), International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Short form of the health literacy questionnaire (HLS-SF12)
Bo et al, 2020	China	trasversale (indagine online)	714 pazienti stabili clinicamente prima della dimissione dall'Ospedale Fang Cang a Wuhan	marzo 2020	PTSD Checklist (PCL-C)

da: Talevi D. et al, 2020

SEZIONE SPERIMENTALE

Ipotesi e obiettivi primari

Lo scopo primario di questo studio è di identificare i correlati bio-psico-sociali del trauma interpersonale, nel contesto sia della vittimizzazione che della perpetrazione della violenza. Ipotizziamo di individuare fattori individuali e familiari correlati a livelli più alti di violenza interpersonale.

Tra fattori individuali abbiamo selezionato le seguenti variabili:

- fattori sociodemografici;
- diagnosi di disturbo mentale;
- stati affettivi;
- sistema valoriale.

Tra i fattori relativi alle relazioni e rapporti stretti con familiari, abbiamo selezionato le seguenti variabili:

- livello di funzionamento familiare (organizzazione);
- maltrattamento infantile e supporto genitoriale.

Tra gli outcome di nostro interesse vi sono gli esiti di salute mentale, così come il funzionamento psicosociale.

Scopo ulteriore è definire il “fenotipo violento” di una popolazione non clinica e di una popolazione clinica, e indagare se i livelli di violenza variano tra le due popolazioni. Ciò ha importanti implicazioni per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione di chi subisce o agisce violenza.

Lo scoppio della pandemia da Covid-19 ha inevitabilmente ampliato le nostre ipotesi di ricerca, comprendendo dunque anche lo studio degli outcome di salute mentale nella popolazione generale dovuti agli effetti traumatici del lockdown e della pandemia stessa.

Metodologia

Disegno dello studio. Il progetto di ricerca si è sviluppato attraverso lo svolgimento di studi descrittivi osservazionali, ed anche attraverso review della letteratura. Ciascuno studio presenta specifici obiettivi ed ipotesi. La raccolta dei dati è stata condotta presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale San Salvatore dell'Aquila, in collaborazione con il Dipartimento di Scienze cliniche applicate e biotecnologiche dell'Università dell'Aquila. Tutte le procedure e il progetto di ricerca sono stati approvati dal comitato etico locale.

Partecipanti. Il campione dello studio 1 e dello studio 3 è costituito da una popolazione clinica di pazienti ricoverati consecutivamente che hanno fornito il proprio consenso a partecipare allo studio. Tra i 230 pazienti arruolabili, 160 hanno accettato di partecipare (69.6% dei pazienti arruolabili); 70 (il 30.4% dei pazienti arruolabili) hanno rifiutato di partecipare perché si sentivano “troppo male per concentrarsi”.

Negli studi 2, 4, 6 e 10, il campione è stato ampliato a 217 soggetti (75.3% dei 278 pazienti arruolabili). La diagnosi psichiatrica è stata stabilita da psichiatri senior, secondo i criteri del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali 5. I pazienti sono stati opportunamente informati della possibilità di essere reclutati nello studio attraverso interviste cliniche e materiali informativi pubblicati nelle bacheche del reparto. Ogni paziente ha dato il consenso informato scritto prima dell'inclusione. I soggetti che hanno accettato di essere arruolati (209) sono stati intervistati per le caratteristiche sociodemografiche e altre variabili di interesse. Successivamente, sono stati valutati con strumenti compilati dai ricercatori e hanno completato questionari self-report, laddove previsto dallo specifico ramo dello studio. Le valutazioni sono state eseguite quando i pazienti hanno raggiunto la remissione sintomatologica, al fine di minimizzare possibili distorsioni dovute alle variazioni delle condizioni cliniche. Sono stati esclusi i pazienti di età superiore ai 65 anni o affetti da una delle seguenti condizioni: a) barriere linguistiche; b) compromissione della coscienza; c) afasia grave; d) disabilità intellettiva; o altri deficit cognitivi.

Lo studio 5 è stato svolto coinvolgendo 192 soggetti di una popolazione non clinica. Il campione è costituito da 192 soggetti che hanno accettato di compilare un questionario online in italiano, costituito dagli stessi questionari sottoposti al campione clinico. Il reclutamento online ha avuto luogo per un periodo di 2 mesi. Abbiamo incluso persone dai 18 ai 65 anni.

Lo studio 4, lo studio 9 e lo studio 10 hanno ampliato il suddetto campione a 217 soggetti e posto a confronto con i 209 soggetti del campione clinico sopracitato.

Lo studio 7 è costituito da 18147 soggetti della popolazione generale italiana arruolati attraverso un questionario online.

Studio 1⁹⁷.

Violenza interpersonale: modelli diagnostici, di genere ed età in una popolazione clinica

Ipotesi e obiettivi

Soffrire di un grave disturbo mentale può aumentare la probabilità di vivere esperienze di violenza; tuttavia, i soggetti affetti presentano più spesso una serie di fattori di rischio per la violenza che potrebbero confondere questa associazione.

L'obiettivo di questo studio è indagare come la diagnosi di un disturbo mentale interagisca con l'età e il genere nel contesto delle esperienze violente. Intendiamo individuare i modelli "diagnosi-età" e "diagnosi-genere" di perpetrazione e vittimizzazione della violenza.

La nostra ipotesi è che esistano diversi modelli di vittimizzazione/perpetrazione per le psicosi, i disturbi dell'umore e i disturbi di personalità in combinazione con l'età e il genere.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con la KIVS.

Analisi statistica. I dati sono stati analizzati utilizzando il programma SPSS (versione 24, IBM, U.S.A.). Sono state calcolate le medie (\pm DS) e le frequenze per l'analisi descrittiva. Le differenze nelle esperienze di violenza sono state esaminate nei tre gruppi diagnostici attraverso il calcolo dell'analisi della varianza (ANOVA) ad una via con il test post hoc di Bonferroni. Il test t per campioni indipendenti è stato calcolato al fine di indagare le differenze di genere per i livelli di violenza. Le correlazioni bivariate di Pearson sono state calcolate tra l'età e i punteggi compositi della KIVS (violenza gita e perpetrata nel corso della vita). L'ANOVA a due vie è stata utilizzata per testare il modello "diagnosi-genere". Infine, per testare il modello "diagnosi-età", le correlazioni bivariate di Pearson sono state calcolate tra le quattro sottoscale della KIVS.

Risultati.

Analisi descrittive

Il campione è composto da 86 maschi (53,80%) e 74 (46,30%) femmine. Circa il 90% dei partecipanti è di nazionalità italiana e quasi il 99% sono caucasici. 73 soggetti sono stati diagnosticati affetti da disturbi psicotici (spettro schizofrenico; 45,6%), 53 da disturbi dell'umore (33,1%) e 34 da disturbi della personalità (21,3%). I punteggi medi della KIVS nel campione totale sono: $4,91 \pm 3,57$ (punteggio totale); $0,48 \pm 0,84$ (violenza agita infanzia); $1,03 \pm 1,28$ (violenza agita età adulta); $1,81 \pm 1,59$ su (vittima di violenza nell'infanzia); $1,61 \pm 1,47$ (vittima di violenza nell'età adulta).

Tabella 1. Caratteristiche demografiche del campione (N=160)

		media (DS)/n (%)
Età		41.15 (12.60)
Stato civile	celibe/nubile	97 (60.6)
	sposato/convivente	31 (19.4)
	separato/divorziato	32 (20)
Scolarità	livello basso	7 (4.4)
	livello medio	122 (76.2)
	livello alto	31 (19.4)
Occupazione	disoccupato	78 (48.8)
	occupato	44 (27.5)
	altre	38 (23.7)

Differenze tra diagnosi, età e genere

Il gruppo dei disturbi della personalità ha punteggi più alti nelle sottoscale “violenza agita in età adulta [F (2, 157) = 3,64, p = .03], vittima di violenza in età adulta [F (2, 157) = 5.05, p = .01] e nel punteggio totale [F (2, 157) = 4,96, p = .01] rispetto ai pazienti con disturbi dell'umore. Non sono state riscontrate altre differenze significative tra i gruppi (Tabella 2).

La violenza è negativamente correlata con l'età ($r = -.33$), sia la vittimizzazione ($r = -.28$) che la perpetrazione ($r = -.27$) nel corso della vita.

La sottoscala “violenza agita nell'infanzia” è maggiore nei maschi ($0,64 \pm 0,9$) rispetto alle femmine ($0,28 \pm 0,71$), [t (158) = 2,77, p = 0,01]. La sottoscala “vittima di violenza nell'infanzia” è più alta nelle femmine ($2,08 \pm 1,74$) rispetto ai maschi ($1,58 \pm 1,41$), [t (158) = - 1,97, p = 0,05] così come la sottoscala “vittima di violenza nell'età adulta” (femmine: $1,92 \pm 1,67$; maschi: $1,35 \pm 1,21$), [t (158) = -2,43, p = 0,02,]. Non sono state rilevate altre differenze significative nei due generi.

Tabella 2. Differenze tra diagnosi nei punteggi della KIVS (ANOVA ad una via)

Variabili	spettro schizofrenico (1) (n = 73)	Disturbi dell'umore (2) (n = 53)	Disturbi di personalità (3) (n = 34)	F	Post hoc ⁺
Violenza agita infanzia	0.48 (.88)	0.34 (.68)	0.68 (.94)	1.69	-
Violenza agita età adulta	1.01 (1.22)	0.75 (1.11)	1.5 (1.54)	3.64*	3 > 2*
Vittima di violenza infanzia	1.77 (1.41)	1.72 (1.70)	2.06 (1.79)	0.53	-
Vittima di violenza età adulta	1.63 (1.37)	1.21 (1.20)	2.21 (1.84)	5.05**	3 > 2**
punteggio totale	4.88 (3.21)	4 (3.27)	6.41 (4.29)	4.96**	3 > 2**

Note. KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale.

* $p < .05$. ** $p < .01$.

⁺ Bonferroni post hoc.

Modelli “diagnosi-età”

Sono state trovate correlazioni positive significative tra i tipi di violenza e l'età (l'epoca) di un'esperienza violenta nei tre gruppi diagnostici (Figura 1). La sottoscala “vittima di violenza nell'infanzia” ha mostrato una debole correlazione positiva con la sottoscala “vittima di violenza nell'età adulta” nei pazienti psicotici ($r = .24$). Le sottoscale “vittima di violenza nell'infanzia” e “vittima di violenza nell'età adulta” hanno mostrato una correlazione significativa, ma più elevata nel campione di disturbi dell'umore ($r = .52$). Al contrario, nel campione del disturbo di personalità, le sottoscale “violenza agita in infanzia” e “violenza agita in età adulta” hanno mostrato una correlazione significativa ($r = .57$).

La sottoscala “violenza agita in infanzia” ha una debole correlazione significativa con la sottoscala “vittima di violenza nell'infanzia” solo nel campione degli psicotico ($r = .25$). Invece, la sottoscala “violenza agita in età adulta” è significativamente correlata alla sottoscala “vittima di violenza in età adulta” nel gruppo degli psicotici ($r = .29$) e dei disturbi dell'umore ($r = .37$).

Figura 1. Modelli “diagnosi-età”

	TIPO		EPOCA		TIPO + EPOCA		
	violenza agita infanzia-età adulta	violenza subita infanzia-età adulta	infanzia violenza agita- subita	età adulta violenza agita- subita	violenza agita infanzia- violenza subita età adulta	violenza subita infanzia- violenza agita età adulta	
Psicosi		$r = .24$	$r = .25$	$r = .29$	$r = .36$		
Disturbi dell'umore		$r = .52$		$r = .37$			
Disturbi di personalità	$r = .57$					$r = .42$	

($r > .50$)

($.49 > r > .30$)

($r < .29$)

trend statistico

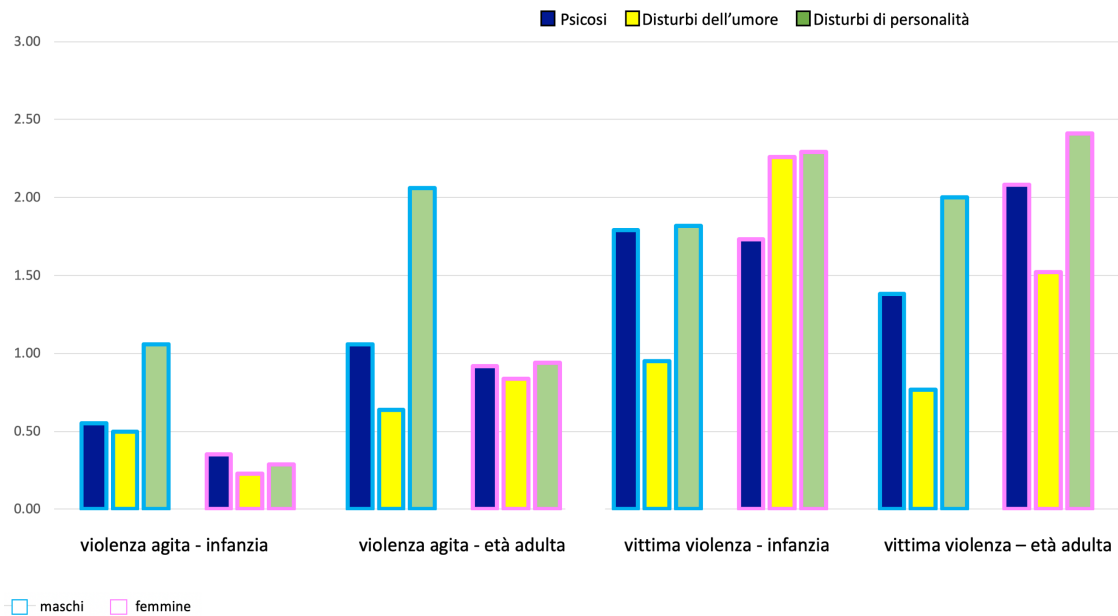
non significativo

Modelli “diagnosi-genere”

L'ANOVA a due vie ha riportato un'interazione statisticamente significativa tra il genere e la diagnosi per la sottoscala “violenza agita in età adulta” [F (2, 154) = 2,99, p = 0,05].

È stata condotta l'ANOVA per i tre gruppi diagnostici separatamente per maschi e femmine, la quale ha mostrato che i pazienti maschi con una diagnosi di disturbo di personalità avevano punteggi più alti rispetto agli altri pazienti. [F (2, 83) = 6,40, p = .03]. Non sono state riportate differenze tra le altre diagnosi. Infine, non sono state riscontrate differenze nel gruppo femminile. Non c'è stata un'interazione statisticamente significativa tra genere e diagnosi per le altre sottoscale della KIVS e per il punteggio totale.

Figura 2. Modelli “diagnosi-genere”



Discussione.

La scoperta principale è che le psicosi, i disturbi dell'umore e i disturbi di personalità hanno diversi modelli di esperienze violente se combinati con l'età e il sesso. La violenza interpersonale è maggiore nei soggetti più giovani; a mettere in atto comportamenti violenti sono soprattutto soggetti di genere maschile; le femmine rappresentano la maggior parte delle vittime. Globalmente, i disturbi di personalità si associano a maggior violenza, mostrando un forte modello “diagnosi-età” nel contesto della violenza agita (correlazione tra infanzia ed età adulta), mentre i disturbi dell'umore mostrano un forte modello “diagnosi-età” per la vittimizzazione. Le psicosi mostrano diversi modelli, ma deboli nell'ambito di entrambe le forme di violenza. Questo studio offre un passo in avanti verso una migliore comprensione della misura in cui genere ed età possono influenzare i comportamenti violenti. Inoltre, i risultati dello studio suggeriscono che alcuni disturbi mentali, rispetto ad altri, sono più associati al rischio di vittimizzazione o perpetrazione di violenza. Questi modelli possono avere un significato patofisiologico o patoplastico indirizzato a traiettorie cliniche e diagnostiche che interagiscono con altri fattori di rischio coinvolti.

Studio 2⁹⁸.

Violenza e disturbi mentali gravi: l'associazione con l'età d'esordio e il genere

Ipotesi e obiettivi

La perpetrazione e la vittimizzazione della violenza interpersonale (IV) sono associate a diversi fattori di rischio ed effetti sulla salute e quindi richiedono una differente gestione. Tra le variabili demografiche, il genere è stata quella più attenzionata. I dati suggeriscono che gli uomini rappresentano la maggioranza dei perpetratori e le donne sono la maggioranza delle vittime. I sintomi in fase attiva o le ricadute sembrano essere le principali cause cliniche di IV, ma è molto probabile che altri fattori svolgano un ruolo. L'età di esordio del disturbo mentale è un fattore presunto.

Lo scopo di questo studio è quello di indagare la relazione tra la IV con il genere e l'età d'esordio in pazienti con gravi disturbi mentali. La nostra ipotesi è che il genere e l'età di esordio abbiano un diverso effetto sulla perpetrazione e sulla vittimizzazione nella vita adulta in campione di pazienti con gravi disturbi mentali.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con la KIVS.

Analisi statistica. I dati sono stati analizzati utilizzando il programma SPSS (versione 24, IBM, U.S.A.). Sono state calcolate le medie (\pm DS) e le frequenze per l'analisi descrittiva. È stata condotta l'analisi multivariata della covarianza a due vie (MANCOVA) per valutare gli effetti del genere e dell'età di esordio sulla violenza in età adulta. Abbiamo calcolato la mediana dell'età di esordio per trasformarla in una variabile categoriale (esordio precoce ed esordio tardivo). L'età è stata introdotta nel modello come variabile covariata.

Risultati.

Il campione è composto da 216 pazienti, 113 maschi (52,30%) e 103 (47,70%) femmine, con un'età media di $41,25 \pm 12,30$ anni. L'età media dell'esordio del disturbo mentale è di $27,19 \pm 11,67$ anni e la mediana è di 24 anni. La maggior parte ha un livello medio di istruzione (scuola secondaria o superiore, 75,90%), è celibe/nubile (59,70%) e disoccupato (53,70%). Il 45,8% del campione ha una diagnosi di psicosi ($n=99$), il 32,4% disturbi dell'umore ($n=70$) e il 21,8% disturbi di personalità ($n=47$). I punteggi medi della KIVS sono riportati nella Tabella 1. La MANCOVA non ha riportato un'interazione statisticamente significativa tra genere ed età d'esordio sulle variabili dipendenti della violenza nell'età adulta. Le donne hanno riportato livelli più elevati di vittimizzazione rispetto agli uomini ($p=.022$); pazienti con età di esordio più bassa hanno riportato punteggi più alti per la vittimizzazione ($p<.005$) e perpetrazione ($p<.001$). Gli uomini hanno mostrato livelli più elevati di perpetrazione di violenza rispetto alle donne, ma la differenza non è statisticamente significativa in questo campione.

Tabella 1. KIVS Punteggi medi (M) e deviazioni standard (DS)

	Perpetrazione in età adulta		Vittimizzazione in età adulta	
	M	DS	M	DS
Campione	1.05	1.26	1.59	1.48
Genere				
maschi	1.18	1.28	1.39	1.21
femmine	0.90	1.23	1.81*	1.70
Età d'esordio				
precoce	1.42	1.43	1.92	1.51
taerdiva	0.64 [§]	0.90	1.22 [†]	1.35

*Genere-Vittimizzazione KIVS in età adulta: $F(1, 216)= 5.32, p= 0.022$.

[§] Età d'esordio-Perpetrazione KIVS in età adulta: $F(1, 216)= 11.74; p= 0.001$;

[†] Età d'esordio-Vittimizzazione KIVS in età adulta: $F(1, 216)= 8.27, p= 0.004$.

Discussione.

Il risultato principale di questo studio è che il genere e l'età all'esordio dei disturbi mentali sono indipendentemente associati a diversi livelli di violenza interpersonale in età adulta. Il genere ha un'influenza sul livello di esposizione alla violenza: le donne nel nostro campione mostrano livelli più elevati di esposizione alla violenza, mentre l'età di esordio influisce sia sulla perpetrazione che sulla vittimizzazione: un'età di esordio più bassa è associata a maggiore violenza in entrambi i generi. I nostri risultati sono in linea con la letteratura attuale. Non è emersa una differenza statisticamente significativa tra maschi e femmine nell'ambito della perpetrazione, e questo potrebbe essere dovuto a diversi fattori, tra cui la piccola dimensione del campione.

Per quanto riguarda l'età di esordio dei disturbi mentali, studi precedenti hanno scoperto che questa variabile clinica ha un'associazione con gli abusi in età infantile e la gravità del quadro psicopatologico, soprattutto nei soggetti affetti da schizofrenia. L'associazione emersa tra un'età d'esordio precoce e la violenza è in linea con le ricerche precedenti: soggetti che hanno adottato comportamenti violenti hanno mostrato un'età media d'esordio di 24,3 anni, mentre per quelli che non hanno mai commesso atti violenti l'età media è maggiore.

La diagnosi precoce ed un approccio psicosociale integrato, adattata al genere, sono importanti nella gestione della violenza interpersonale. Pazienti più giovani e di genere maschile dovrebbero essere attivamente monitorati in relazione ai rischi della violenza interpersonale.

Studio 3⁹⁹.

Valori umani di base e violenza interpersonale in una popolazione clinica

Ipotesi e obiettivi

La letteratura supporta l'ipotesi di un legame tra i valori umani di base, la violenza interpersonale e la salute mentale. Questa ipotesi deve essere ulteriormente esplorata in campioni clinici. Dato che la violenza interpersonale è un "comportamento" profondamente connesso con lo sviluppo della personalità, la salute mentale e il comportamento umano, ipotizziamo che i valori umani di base possano essere correlati alla violenza interpersonale nelle persone con disturbi mentali. In particolare, ipotizziamo che i valori relativi all' "apertura al cambiamento" e all' "auto-affermazione (valori individualistici) si associano positivamente alla violenza interpersonale e al maltrattamento psicologico, mentre ipotizziamo di individuare correlazioni negative con i valori di "auto-trascendenza" e "conservatorismo" (valori prosociali). Lo scopo di questo studio è di indagare la relazione tra la violenza interpersonale e i valori umani in un campione di individui affetti da disturbi mentali.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con la KIVS, il Psychological Maltreatment Review (PMR) e VALORI (VAL).

Il PMR è un questionario self-report somministrato a soggetti adulti che indaga le esperienze infantili (fino ai 18 anni) di abuso psicologico, neglect psicologico e sostegno psicologico dei genitori, misurate separatamente per le figure genitoriali più significative, maschile e femminile, nella vita del soggetto.

VALORI è un questionario self report che valuta il sistema valoriale (valori umani di base) del soggetto. È composto da 40 item, ciascuno dei quali fornisce una breve descrizione di una persona tipo e dei suoi obiettivi, aspirazioni o desideri, in modo da descrivere i dieci valori proposti nel modello di Schwartz (potere, successo,

edonismo, stimolazione, autodirezione, universalismo, benevolenza, tradizione, conformismo, sicurezza).

Analisi statistica. I dati sono stati analizzati utilizzando il programma SPSS (versione 24, IBM, U.S.A.). Sono state calcolate le medie (\pm DS) e le frequenze per l'analisi descrittiva. L'analisi della varianza (ANOVA) ad una via e le correlazioni di Pearson sono state calcolate ove opportuno.

Risultati.

Analisi descrittive

Il campione è composto da 86 maschi (53,80%) e 74 (46,30%) femmine. Circa il 90% dei partecipanti è di nazionalità italiana e quasi il 99% sono caucasici. 73 soggetti sono stati diagnosticati affetti da disturbi psicotici (spettro schizofrenico; 45,6%), 53 da disturbi dell'umore (33,1%) e 34 da disturbi della personalità (21,3%). I punteggi medi della KIVS nel campione totale sono: $4,91 \pm 3,57$ (punteggio totale); $0,48 \pm 0,84$ (violenza agita infanzia); $1,03 \pm 1,28$ (violenza agita età adulta); $1,81 \pm 1,59$ su (vittima di violenza nell'infanzia); $1,61 \pm 1,47$ (vittima di violenza nell'età adulta).

Tabella 1. Caratteristiche demografiche del campione (N=160)

		media (DS)/n (%)
Età		41.15 (12.60)
Stato civile	celibe/nubile	97 (60.6)
	sposato/convivente	31 (19.4)
	separato/divorziato	32 (20)
Scolarità	livello basso	7 (4.4)
	livello medio	122 (76.2)
	livello alto	31 (19.4)
Occupazione	disoccupato	78 (48.8)
	occupato	44 (27.5)
	altre	38 (23.7)

L'ANOVA ad una via è stata eseguita per individuare le differenze tra i tre gruppi clinici (Tabella 2). I pazienti con disturbi di personalità hanno mostrato punteggi più elevati nella KIVS totale e nella violenza agita (F 4.95, df 2.159, $p < .01$, F 4.25, df 2.159, $p < .02$, rispettivamente). Il valore "stimolazione/successo" e "vittima di violenza" hanno mostrato una tendenza statistica, con valori più alti nei disturbi della personalità (F 2.97, df 2.159, $p < .055$ e F 3.02, df 2.159, $p < .052$).

Tabella 2. Variabili di interesse (n.160)

	media	DS
PMR - Maltrattamento	18.66	14.23
PMR - Supporto	35.43	13.94
KIVS – vittima di violenza**	3.42	2.51
KIVS – violenza agita*	1.50	1.72
KIVS totale	4.91	3.57
VAL – stimolazione/successo	26.61	7.47
VAL – conformità/tradizione	34.38	7.55
VAL - potere	8.74	3.59
VAL - successo	15.08	4.71
VAL - edonismo	12.43	3.76
VAL - stimolazione	11.65	3.88
VAL - autodirezione	18.23	4.09
VAL - universalismo	29.11	5.10
VAL - benevolenza	18.85	4.06
VAL - tradizione	16.47	4.38
VAL - conformità	17.95	4.20
VAL - sicurezza	22.32	5.21

PMR= Psychological Maltreatment Review; VAL= VALORI; KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale

*ANOVA ad una via per i tre gruppi clinici $p < .05$; ** $p < .055$

Correlazioni.

Tra i 10 valori e la violenza interpersonale, la “stimolazione” e il “successo” hanno mostrato le correlazioni più alte con le sottoscale della KIVS (r .29 e .21, $p < .01$, rispettivamente). I due valori opposti nel modello di Schwartz (ovvero “conformità” e “tradizione”) ha mostrato le più basse correlazioni negative con la KIVS e le più alte correlazioni positive con la sottoscala “supporto” del PMR (r .21 e .30, $p < .01$, rispettivamente). Questi quattro valori sono stati sommati in due punteggi, il primo chiamato “stimolazione/successo” e il secondo “conformità/tradizione”. Questi sono stati usati per le analisi di correlazione bivariata con la KIVS e il PMR. I modelli di correlazione dei due punteggi differiscono notevolmente, come è illustrato nella Tabella 3.

Tabella 3. Correlazioni bivariate tra violenza interpersonale e valori								
Valori di Stimolazione/Successo					Valori di Conformismo/Tradizione			
	Campione totale (N. 160)	Psicosi (n 73)	D. Umore (n 53)	D. Personalità (n 34)	Campione totale (N. 160)	Psicosi (n 73)	D. Umore (n 53)	D. Personalità (n 34)
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
KIVS tot	.27	.263	.115	.380	-.062	-.028	-.012	-.049
KIVS exposed	.18	.152	.082	.260	-.054	-.001	-.016	-.086
KIVS espressed	.31	.327	.132	.393	-.049	-.047	.008	.020
PMR Maltreatment	.176	.295	-.014	.175	-.162	-.064	-.147	-.321*
PMR Support	.089	- .010	.222	-.006	.285	.258	.344	.308*

Note. PMR= Psychological Maltreatment Review; VAL= VALORI; KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale
Le correlazioni significative con $p < .05$ level sono riportate in grassetto. *trend statistico

Discussione.

I risultati sottolineano la relazione tra i valori umani e comportamenti disfunzionali come la violenza interpersonale. Abbiamo scoperto che i valori relativi all'apertura al cambiamento e all'auto-affermazione, come la "stimolazione" e il "successo" sono correlati positivamente alla violenza interpersonale e al maltrattamento psicologico, mentre i valori relativi al "conservatorismo", ovvero "conformismo" e "tradizione", sono correlati al supporto genitoriale. Questo modello di correlazione è caratteristico dei soggetti affetti da psicosi e disturbi della personalità, ma non dei soggetti con disturbi dell'umore. La "condivisione" di tale modello appare interessante dal punto di vista clinico e diagnostico poiché suggerisce che la natura di questa associazione non è limitata ad uno specifico dominio diagnostico e non è generalizzabile a tutti i campioni di pazienti. Questo studio è rilevante poiché supporta il ruolo del "lato oscuro dei valori personali" (cioè quelli relativi alla cultura individualistica) nella messa in atto di comportamenti violenti. È ragionevole pensare che il raggiungimento di tale comportamento sia correlato alla struttura motivazionale di un dato valore per una data persona e che in alcune persone la struttura motivazionale possa allontanarsi da uno sviluppo armonico. È inoltre ipotizzabile che lo sviluppo e l'affermazione di questi valori "negativi" possa mediare la relazione tra maltrattamenti infantili e violenza in età adulta nel contesto del "ciclo della violenza". Questo studio suggerisce la necessità di considerare una negoziazione dei valori umani quando si lavora su modelli di trattamento di "riduzione del danno" per coloro a cui viene diagnosticata una malattia mentale.

Studio 4¹⁰⁰.

Maltrattamento psicologico e violenza interpersonale: lo studio in una popolazione clinica e non clinica

Ipotesi e obiettivi

I soggetti affetti da un disturbo mentale hanno una maggiore probabilità di essere violenti rispetto alla popolazione non clinica, ma la maggioranza di questi non sono violenti. La più recente letteratura sostiene che un disturbo mentale grave da solo non è sufficiente a determinare i comportamenti violenti. Diversi studi indicano il forte impatto che i fattori familiari assumono nell'infanzia e nell'adolescenza nel predisporre alla violenza nell'età adulta. Vengono chiamati in causa il funzionamento familiare, l'abuso psicologico e il neglect infantile, oltre che gli abusi fisici e sessuali. Lo scopo del nostro studio è indagare la relazione esistente tra le esperienze di violenza interpersonale nel corso della vita e indicatori di funzionamento familiare (organizzazione, maltrattamento psicologico genitoriale) in un campione clinico e non clinico. Abbiamo ipotizzato che raggruppare i partecipanti in due gruppi, uno definito "a basso livello di maltrattamento/violenza" e l'altro "ad alto livello di maltrattamento/violenza" permetta di descrivere al meglio i modelli di associazione tra le variabili di interesse. Gli stati affettivi positivi e negativi e, nel campione clinico, anche il funzionamento psicosociale sono stati esplorati come outcome di rilievo.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con il Risky Families Questionnaire (RFQ), il PMR, il Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), la KIVS, e la PSP.

Il RFQ è una scala di autovalutazione elaborata per indagare la relazione tra il clima (lo stress) familiare e gli esiti di salute mentale e fisica in età adulta, valuta cioè il grado del rischio di disagio fisico, mentale, ed emozionale che i soggetti hanno

affrontato nelle loro famiglie d'origine durante l'infanzia e l'adolescenza (dai 5 ai 15 anni).

Il PANAS è un questionario self-report teso a valutare gli stati affettivi positivi e negativi. È composto da 20 item, 10 per la scala di affetto positivo (PA) e 10 per la scala di affetto negativo (NA), che descrivono differenti sentimenti ed emozioni.

La PSP è una scala di valutazione che indaga il livello di funzionamento psicosociale durante il periodo di riferimento (ultimo mese o ultima settimana o, in caso di ricovero in SPDC, ultimi 3 giorni).

Analisi statistica. I dati sono stati analizzati utilizzando il programma SPSS (versione 24, IBM, U.S.A.). Sono state calcolate le medie (\pm DS) e le frequenze per l'analisi descrittiva. Le differenze tra gruppi sono state indagate attraverso il test t per campioni indipendenti e l'analisi della varianza (ANOVA) ad una via con il test post hoc di Bonferroni. Le correlazioni bivariate di Pearson con la correzione di Bonferroni sono state calcolate tra le variabili di interesse. Abbiamo eseguito una cluster analysis, metodo K-means, sulle variabili di interesse.

Risultati.

Campione clinico.

Il campione è composto da 106 maschi (50,7%) e 103 (49,30%) femmine. L'età media è 41.43 ± 12.34 . Circa il 90% dei partecipanti è di nazionalità italiana e quasi il 99% sono caucasici. 92 soggetti sono stati diagnosticati affetti da disturbi psicotici (spettro schizofrenico; 44%), 70 da disturbi dell'umore (33,5%) e 47 da disturbi della personalità (22,5%). Le altre caratteristiche e le differenze nei punteggi totali della KIVS per gruppi sono sintetizzate nella Tabella 1.

La tabella 2 mostra le correlazioni tra le variabili considerate. In tabella 3 sono riportati i risultati della cluster analysis.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e punteggi totali della Karolinska Interpersonal Violence Scale (KIVS) (N. 209)

	n (%)	KIVS total score, (media±DS)
Genere^a		
Maschi	106 (50.70)	4.79±3.48
Femmine	103 (49.3)	4.96±3.78
Stato civile^b		
Celibe/nubile	123 (58.9)	5.64±3.66*
Sposato/convivente	45 (21.5)	3.22±3.22*
Separato/divorziato	41 (19.6)	4.39±3.52
Scolarità^b		
livello basso	8 (3.83)	5.38±4.56
livello medio	157 (75.12)	5.05±3.06
livello alto	44 (21.05)	4,16±3.51
Occupazione^b		
Disoccupato	112 (53.6)	5.33±3.85**
Occupato	54 (25.8)	3.65±2.97**
altro	43 (20.6)	4.88±3.62

Note. a Student's t-test; bANOVA ad una via con test post hoc di Bonferroni (*celibe/nubile vs sposato/convivente, $p \leq .01$; **disoccupato vs occupato, $p = .015$).

Tabella 2. Correlazioni bivariate tra le variabili di interesse

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Età									
2. RFQ	-.14								
3. PMR- maltrattamento	-.20	.80*							
4. PMR-supperto	-.13	-.48*	-.45*						
5. KIVS- violenza in infanzia	-.30*	.45*	.45*	-.15					
6. KIVS- violenza in età adulta	-.24*	.34*	.40*	-.16	.48*				
7. KIVS total score	-.32*	.46*	.50*	-.18	.84*	.87*			
8. PANAS - Positive Affects	-.15	-.09	-.01	.25*	-.02	.13	.10		
9. PANAS - Negative Affects	.01	-.29*	.28*	-.03	.24*	.11	.20	-.31*	
10. PSP	-.03	-.21	-.31*	.20	-.36*	-.41*	-.45*	.03	-.07

Note. RFQ= Risky Families Questionnaire; PMR= Psychological Maltreatment Review; KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PANAS= Positive and Negative Affects Scale.

*Livello di significatività stabilito a seguito di correzione di Bonferroni ($p \leq .002$).

Tabella 3. Variabili cliniche incluse nei due cluster (media±DS)			
Variabili	Cluster 1 (n= 86)	Cluster 2 (n= 123)	F ^a (df 1, 207)
RFQ	44.16 ± 8.34	23.71 ± 7.11	362.286*
PMR-maltrattamento	32.27 ± 11.08	8.54 ± 6.29	386.091*
PMR-supperto	24.72 ± 11.98	41.17 ± 12.64	89.465*
KIVS- violenza in infanzia	3.19 ± 2.05	1.58 ± 1.64	39.385*
KIVS- violenza nell'età adulta	3.53 ± 2.38	2.01 ± 1.90	26.054*
PANAS - Positive Affects	30.54 ± 10.16	31.19 ± 8.67	0.242
PANAS - Negative Affects	28.67 ± 10.10	23.96 ± 8.72	12.943*
PSP [†]	47.83 ± 13.47	54.86 ± 13.41	0.027*

Note. RFQ= Risky Families Questionnaire; PMR= Psychological Maltreatment Review; KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PANAS= Positive and Negative Affects Scale; PSP= Personal and Social Performance Scale.

[†] PSP (Personal and Social Performance Scale) non è stato incluso nella cluster analysis, ed è stato aggiunto come validatore esterno.

^a I test F devono essere utilizzati solo per scopi descrittivi perché i cluster sono stati scelti per massimizzare le differenze tra i casi in cluster differenti. I livelli di significatività osservati non sono corretti per tale motivo e, pertanto, non possono essere interpretati come test dell'ipotesi che le medie dei cluster siano uguali.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Campione non clinico.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e punteggi totali della Karolinska Interpersonal Violence Scale (KIVS) (N. 217).

	m(DS)/n (%)	KIVS total score, (media±DS)
Età	36.38±10.38	
Genere^a		
Maschi	96 (44.2)	1.44±1.69
Femmine	121 (55.8)	1.12±2.05
Stato civile^b		
Celibe/nubile	119 (54.8)	1.16±1.75
Sposato/convivente	91 (41.9)	1.41±2.13
Separato/divorziato	7 (3.2)	1.00±1.00
Scolarità^b		
livello basso	1 (0.5)	2.00
livello medio	82 (37.8)	1.43±1.94
livello alto	134 (61.8)	1.15±1.88
Occupazione^b		
Disoccupato	22 (10.1)	1.05±1.55
Occupato	135 (62.2)	1.31±1.94
altro	60 (27.6)	1.22±1.94

Note. ^a Student's t-test; ^b ANOVA ad una via con test post hoc di Bonferroni

Tabella 2. Correlazioni bivariate tra le variabili di interesse

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Età								
2. RFQ	-.06							
3. PMR- maltrattamento	-.05	.77*						
4. PMR-supperto	-.15	-.56*	-.43*					
5. KIVS- violenza in infanzia	-.04	.49*	.45*	-.21*				
6. KIVS- violenza in età adulta	-.04	.33*	.23*	-.05	.48*			
7. KIVS total score	-.05	.48*	.40*	-.16	.88*	.84*		
8. PANAS - Positive Affects	-.05	-.09	-.08	.35*	-.07	.03	.02	
9. PANAS - Negative Affects	-.25*	-.33*	.25*	-.09	.18*	.30*	.28*	.04

Note. RFQ= Risky Families Questionnaire; PMR= Psychological Maltreatment Review; KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PANAS= Positive and Negative Affects Scale.

*Livello di significatività stabilito a seguito di correzione di Bonferroni ($p \leq .003$).

Tabella 3. Variabili cliniche incluse nei due cluster (media±DS)			
Variabili	Cluster 1 (n= 73)	Cluster 2 (n= 144)	F ^a (df 1, 215)
RFQ	31.52 ± 8.06	21.11± 4.46	149.904*
PMR-maltrattamento	17.02 ± 12.03	5.52± 4.09	107.365*
PMR-supperto	23.55 ± 8.23	46.48 ± 8.34	368.965*
KIVS- violenza in infanzia	1.15 ± 1.44	0.47 ± 0.92	17.676*
KIVS- violenza nell'età adulta	0.72 ± 1.15	0.47 ± 0.97	2.887
PANAS - Positive Affects	31.40 ± 6.67	35 ± 6.30	15.201*
PANAS - Negative Affects	20.85 ± 8.66	18.69 ± 6.55	4.213**

Note. RFQ= Risky Families Questionnaire; PMR= Psychological Maltreatment Review; KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PANAS= Positive and Negative Affects Scale.

^a I test F devono essere utilizzati solo per scopi descrittivi perché i cluster sono stati scelti per massimizzare le differenze tra i casi in cluster differenti. I livelli di significatività osservati non sono corretti per tale motivo e, pertanto, non possono essere interpretati come test dell'ipotesi che le medie dei cluster siano uguali.

* $p \leq .001$; ** $p \leq .05$.

Discussione.

La cluster analysis eseguita sul nostro campione di 209 pazienti ricoverati ha rivelato l'esistenza di due gruppi distinti: il primo ha individuato soggetti con esperienze disfunzionali, cioè livelli più elevati di maltrattamento infantile e violenza durante il corso della vita, un peggior ambiente familiare nell'infanzia e una prevalenza degli stati affettivi negativi; il secondo gruppo ha mostrato un pattern più positivo, caratterizzato da un maggior supporto genitoriale nell'infanzia e da una prevalenza di stati affettivi positivi. Inoltre, i soggetti appartenenti al cluster "ad alto livello di maltrattamento/violenza", mostrano un peggior funzionamento psicosociale attuale. La cluster analysis eseguita sul campione non clinico ha mostrato risultati del tutto sovrapponibili a quelli ottenuti dalla popolazione clinica, con un cluster a "basso livello di maltrattamento/violenza" e l'altro "ad alto livello di maltrattamento/violenza". Globalmente, i punteggi medi delle variabili appaiono più alti (o più bassi nel caso di variabili con "significato positivo") nei cluster della popolazione clinica rispetto ai rispettivi cluster della popolazione non clinica.

I nostri risultati suggeriscono che ambienti familiari caotici e maltrattanti durante l'infanzia si associano alla violenza interpersonale in età adulta e confermano la rilevanza che il maltrattamento psicologico assume nella trasmissione intergenerazionale della violenza. Tali traiettorie sono condivise da popolazioni cliniche e non cliniche, sebbene nelle prime sembrano avere un maggiore intensità. Le esperienze di violenza possono, a loro volta, influenzare negativamente il funzionamento psicosociale delle persone con disturbi mentali.

Studio 5¹⁰¹.

La violenza interpersonale nell'infanzia come mediatore tra familiarità psichiatrica e comportamento suicidario

Ipotesi e obiettivi

Il suicidio è una delle principali cause di mortalità a livello globale, ed è associata a diversi fattori di rischio. Tra i fattori di rischio personali, la familiarità psichiatrica (FHMD) è un forte predittore del comportamento suicidario, agendo potenzialmente attraverso diversi percorsi, tra cui la trasmissione di fattori di rischio biologici o l'interferenza con fattori psicologici protettivi; può interferire anche con l'ambiente relazionale in età infantile attraverso diversi meccanismi, inclusa l'esposizione alla violenza interpersonale e al maltrattamento psicologico. L'esposizione alla violenza durante l'infanzia sembra avere un forte impatto sul suicidio; abbandono e maltrattamenti hanno importanti effetti patoplastici sui disturbi dello spettro dissociativo, che sono a loro volta strettamente collegati all'autolesionismo e al rischio suicidario.

Con il presente studio, esploriamo l'impatto di diversi fattori di rischio interpersonali sui tentativi di suicidio, tra cui violenza e maltrattamenti interpersonali in età infantile, e la loro interazione con la familiarità psichiatrica in un campione non clinico.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con la KIVS e la PMR. I precedenti tentativi di suicidio sono stati studiati utilizzando la domanda: "hai mai deliberatamente agito per porre fine alla tua vita. La familiarità psichiatrica è stata valutata con una sola domanda formulata come segue: "qualcuno dei tuoi parenti di primo grado (genitori, fratelli, nonni, cugini) è affetto da qualche disturbo psichiatrico?".

Analisi statistica. Tutte le analisi sono state eseguite utilizzando STATA® 13. Sono state calcolate le medie (\pm DS) e le frequenze per l'analisi descrittiva. In una prima ondata di analisi, è stata eseguita una regressione logistica per testare l'associazione tra PMR e KIVS con i tentativi di suicidio (SA). In secondo luogo, è stata effettuata un'analisi di mediazione per valutare la proporzione dell'effetto dell'FHMD (variabile indipendente) sulla SA (variabile dipendente), mediato solo da quelle variabili interpersonali (violenza interpersonale, maltrattamenti, neglect) che hanno mostrato un effetto sostanziale sui SA. L'analisi della mediazione è stata eseguita utilizzando il comando di mediazione binaria.

Risultati.

Sono stati raccolti 190 questionari; 105 (54,7%) partecipanti erano donne. L'età media era 37,38 anni. Diciassette (8,85%) partecipanti hanno ammesso un precedente SA. Le statistiche riassuntive per la PMR, KIVS e FHMD sono riportati nella Tabella 1. L'analisi logistica di regressione ha mostrato che i fattori di rischio più rilevanti per un tentato suicidio erano la FHMD (OR=7,09, IC 95% [2,20,22,81]), la violenza espressa durante l'infanzia (OR=2,55, 95% CI [1,26,5,18]) e l'esposizione alla violenza durante l'infanzia (OR=2,80, IC al 95% [1,80,4,34]) (Tabella 1). Queste ultime due variabili sono state selezionate per l'analisi della mediazione. L'effetto totale della FHMD mediata dall'esposizione alla violenza durante l'infanzia e l'espressione della violenza nell'infanzia erano rispettivamente 15,23% e 9,63% (Tabella 2). Tenendo conto che la FHMD ha mantenuto la significatività in entrambi i modelli, questo è un caso di mediazione parziale.

Tabella 1. Statistiche descrittive e regressione logistica					
	Campione totale (media/%)	SA+ (media/%)	SA- (media/%)	OR per SA	95%CI
FHMD	35.42%	76.47%	31.43%	7.09**	[2.20,22.81]
PMR Maltrattamento	20.18 (16.72)	33.70 (20.14)	18.86 (15.81)	1.04***	[1.02,1.06]
PMR Neglect	14.80 (20.44)	33.76 (30.00)	12.96 (18.37)	1.03***	[1.02,1.05]
PMR Supporto	77.13 (27.78)	60.64 (26.87)	78.73 (27.42)	0.98**	[0.96,0.99]
KIVS violenza espressa nell'infanzia	0.24 (0.59)	0.76 (0.97)	0.18 (0.51)	2.55**	[1.26,5.18]
KIVS violenza espressa in età adulta	0.14 (0.52)	0.35 (0.60)	0.12 (0.51)	1.63	[0.84,3.16]
KIVS esposizione violenza nell'infanzia	0.45 (0.84)	1.47 (1.46)	0.35 (0.68)	2.80***	[1.80,4.34]
KIVS esposizione violenza in età adulta	0.39 (0.70)	0.70 (1.04)	0.36 (0.66)	1.67	[0.94,2.97]

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

Tabella 2. Analisi di mediazione			
Variabile dipendente: tentativi di suicidio			
Variabile indipendente: familiarità psichiatrica	Coef.	Bootstrap Std. Err.	[95% bias-corrected CI]
KIVS esposizione violenza nell'infanzia			
Indiretto totale	0.07	0.03	[0.02, 0.14]
Effetto diretto	0.38	0.12	[0.07, 0.60]
Effetto totale	0.45	0.12	[0.18, 0.66]
Proporzione dell'effetto totale mediato	15.23%		
KIVS violenza espressa nell'infanzia			
Indiretto totale	0.04	0.02	[0.00, 0.11]
Effetto diretto	0.40	0.12	[0.15, 0.63]
Effetto totale	0.45	0.12	[0.20, 0.67]
Proporzione dell'effetto totale mediato	9.63%		

Discussione.

Il risultato principale di questo studio è che l'effetto della familiarità psichiatrica sui tentati suicidi è parzialmente mediato dall'esposizione alla violenza durante l'infanzia. Nel nostro campione, il valore predittivo della familiarità per il suicidio era maggiore rispetto ai precedenti dati in letteratura. Una parte significativa di tale effetto era dovuta all'esposizione alla violenza. Questo risultato suggerisce che la presenza di un parente di primo grado affetto da qualsiasi condizione psichiatrica possa contribuire ad un ambiente più violento, che a sua volta aumenta il rischio di suicidio in età adulta. Questo risultato è coerente con precedenti evidenze di un'associazione tra disturbi mentali e comportamenti violenti.

Questa catena causativa verso il suicidio richiede ulteriori approfondimenti, dato il suo impatto di possibile prevenzione sulla psicopatologia degli adulti. Ulteriori studi dovrebbero riguardare la presenza di qualsiasi effetto "specifico per la diagnosi", poiché nel nostro campione non siamo stati in grado di valutare l'esatta diagnosi in famiglia o nei soggetti.

Studio 6¹⁰².

Violenza interpersonale, coinvolgimento con i Servizi di Salute Mentale e rete sociale: i possibili fattori predittivi del funzionamento psicosociale

Ipotesi e obiettivi

Il funzionamento psicosociale è uno dei parametri principali che definiscono i confini tra i disturbi mentali e la normalità. Il concetto di funzionamento psicosociale è complesso e non vi è unanimità in merito alla sua definizione. In generale, rappresenta le competenze di un individuo nell'assumere differenti ruoli sociali, correlate alla soddisfazione personale di queste capacità. Dal punto di vista psicopatologico, il funzionamento rappresenta un importante outcome del trattamento, sia per i medici che pazienti. Il funzionamento personale e sociale è stato principalmente studiato nel contesto delle psicosi maggiori, in relazione alla gravità dei sintomi, ma le variazioni in un dominio non corrispondono necessariamente ad una variazione parallela nell'altro dominio. Si pensa pertanto che altri fattori, oltre alle variabili correlate alla malattia, possano interferire con il miglioramento del funzionamento. Tra questi, la letteratura suggerisce caratteristiche demografiche, risorse personali e variabili di contesto. Lo scopo di questo studio è di esplorare alcuni fattori non correlati ai sintomi, quali la violenza interpersonale, il coinvolgimento con i Servizi di Salute Mentale e la rete sociale come possibili fattori predittivi del funzionamento psicosociale in un campione di individui affetti da disturbo mentale grave. La nostra ipotesi è che una valida rete sociale abbia un impatto favorevole al funzionamento dei soggetti affetti da disturbo mentali gravi, mentre, le esperienze di violenza interpersonale e uno scarso utilizzo dei Servizi di salute mentale possano avere un impatto negativo.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con la KIVS, la Personal and Social Performance Scale (PSP), la Service Engagement Scale (SES;

scala di valutazione del coinvolgimento con i Servizi) e il Social Network Questionnaire (scala di autovalutazione della rete sociale).

La SES è una scala di valutazione del grado di coinvolgimento nei Servizi di Salute Mentale. È composta da 14 item, suddivisi in 4 sottoscale: 1) disponibilità per l'organizzazione degli appuntamenti; 2) collaborazione nella gestione della malattia; 3) ricerca d'aiuto quando necessario; 4) aderenza al trattamento farmacologico.

Il SNQ è un questionario self-report composto da 15 item che misurano i contatti sociali e il livello di sostegno sociale, pratico e psicologico, secondo quattro fattori: 1) la qualità e la frequenza dei contatti sociali; 2) sostegno sociale pratico; 3) sostegno emotivo; 4) la qualità di una relazione di supporto intima.

Analisi statistica. I dati sono stati analizzati utilizzando il programma SPSS (versione 24, IBM, U.S.A.). Sono state calcolate le medie (\pm DS) e le frequenze per l'analisi descrittiva. La stima del peso globale della violenza nel campione è stata eseguita calcolando il 66 ° percentile del punteggio totale della KIVS. È stata eseguita un'analisi di regressione lineare stepwise per valutare se il genere, gli anni di malattia, il coinvolgimento con i Servizi, la rete sociale e il livello globale di violenza interpersonale siano fattori predittivi del funzionamento psicosociale. Per esplorare meglio il potenziale ruolo della violenza come predittore, abbiamo successivamente eseguito due analisi di regressione lineare stepwise nelle quali l'esposizione alla violenza nel corso della vita e la perpetrazione della violenza nel corso della vita sono state inserite nel modello di regressione al posto del punteggio totale della KIVS. Abbiamo escluso l'età come variabile indipendente perché non correla in modo significativo con la con PSP (coefficienti di correlazione di Pearson) nel nostro campione.

Risultati.

Analisi descrittive

Il campione è composto da 106 maschi (50,7%) e 103 (49,30%) femmine. L'età media è 41.43 ± 12.34 . Circa il 90% dei partecipanti è di nazionalità italiana e quasi il 99% sono caucasici. 92 soggetti sono stati diagnosticati affetti da disturbi psicotici (spettro schizofrenico; 44%), 70 da disturbi dell'umore (33,5%) e 47 da disturbi della personalità (22,5%). Gli anni di malattia sono in media 14.2 ± 11.02 . Le altre caratteristiche sono riportate nella Tabella 1. I valori medi delle variabili psicometriche sono riportati nella Tabella 2. 52 pazienti hanno riportato un punteggio totale della KIVS uguale o superiore a 6, corrispondente al valore di cut-off del 66° percentile.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche (N. 209)	
	n (%)
Genere	
Maschi	106 (50.70)
Femmine	103 (49.3)
Stato civile	
Celibe/nubile	123 (58.9)
Sposato/convivente	45 (21.5)
Separato/divorziato	41 (19.6)
Scolarità	
livello basso	8 (3.83)
livello medio	157 (75.12)
livello alto	44 (21.05)
Occupazione	
Disoccupato	112 (53.6)
Occupato	54 (25.8)
altro	43 (20.6)

Tabella 2. Variabili psicometriche (N. 209)	
	media (DS)
PSP	51.97 (13.85)
SES totale	18.91(9.44)
SNQ totale	35.98 (7.86)
KIVS totale	4.88 (3.62)
KIVS agita	1.56(1.78)
KIVS subita	3.32 (2.59)

Note. KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PSP= Personal and Social Performance Scale; SES=Service Engagement Scale; SNQ= Social Network Scale

Regressione lineare stepwise

Nella Tabella 3, riportiamo i risultati della regressione nella quale è stato incluso il punteggio totale della KIVS. Il modello finale, ottenuto nel quinto step, spiega il 39.2% della varianza, $F(5, 203) = 27.822, p = .000$. Nel nostro campione, la violenza interpersonale, il genere, gli anni di malattia, il coinvolgimento nei Servizi e la rete sociale contribuiscono in modo significativo al funzionamento sociale. La violenza interpersonale è il fattore predittivo più forte (19.7% della varianza), seguito dagli anni malattia (7.3%) e dal genere (5.9%) e Il modello si replica considerando la perpetrazione di violenza nel corso della vita (II analisi di regressione) e l'esposizione alla violenza nel corso della vita (III analisi di regressione) anziché i livelli globali di violenza. Le esperienze di violenza agita predicono maggiormente il deterioramento del funzionamento rispetto alle esperienze di violenza subita (18.7% della varianza rispetto a 10.5%).

Tabella 3. Regressione stepwise per PSP come variabile dipendente

Step	<i>R</i> ² corretto	β	<i>t</i>	<i>p</i>
1 KIVS totale	0.197	-0.448	-7.216	0.000
2 KIVS totale anni di malattia	0.27	-0.434 -0.277	-7.310 -4.669	0.000 0.000
3 KIVS totale anni di malattia genere (1=♂; 2=♀)	0.329	-0.439 -0.291 0.248	-7.711 -5.101 4.367	0.000 0.000 0.000
4 KIVS totale anni di malattia genere (1=♂; 2=♀) SES totale	0.377	-0.395 -0.289 0.261 -0.228	-7.078 -5.272 4.757 -4.079	0.000 0.000 0.000 0.000
5 KIVS totale anni di malattia genere (1=♂; 2=♀) SES totale SNQ totale	0.392	-0.388 -0.252 0.279 -0.220 0.141	-7.015 -4.486 5.101 -3.976 2.471	0.000 0.000 0.000 0.000 0.014

Note. KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PSP= Personal and Social Performance Scale
SES=Service Engagement Scale; SNQ= Social Network Scale

Discussione.

Questo studio, in linea con le più recenti evidenze, conferma che alcuni fattori demografici e alcune variabili correlate alle risorse personali e al contesto di vita possono interferire con il raggiungimento di un buon funzionamento psicosociale. Secondo i nostri risultati, la violenza interpersonale, il coinvolgimento con i Servizi di salute mentale, la rete sociale, il genere maschile e gli anni di malattia spiegano il 39.2% della varianza del funzionamento personale e sociale in soggetti affetti da psicosi, disturbi dell'umore e disturbi di personalità. La principale scoperta è che la violenza interpersonale è il predittore più forte, tra le variabili selezionate, del deterioramento del funzionamento, rappresentando il 19.7% della varianza. Le esperienze di violenza agita sono maggiormente predittive rispetto alle esperienze di violenza subita. Risultati simili sono stati ottenuti in studi epidemiologici condotti tra campioni di donne in comunità vittime di violenza domestica e abusi, così come in studi svolti in pazienti affetti da schizofrenia o in soggetti al primo episodio psicotico, dove le esperienze traumatiche interpersonali sono state correlate a compromissioni durature del funzionamento sociale. I nostri risultati relativi al ruolo del coinvolgimento con i Servizi, il genere e gli anni di malattia sono in linea con quelli della letteratura. Il ruolo della rete sociale è meno chiaro in letteratura. Il nostro studio gli attribuisce la qualità di predittore.

Poiché tutte queste variabili sono di gestione psicosociale, i nostri risultati rafforzano il punto di vista secondo cui un maggior accesso ai Servizi e la riduzione dei fattori di rischio modificabili correlati alla violenza interpersonale (ad esempio educazione, occupazione) potrebbero migliorare il funzionamento. Ciò ha importanti implicazioni per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione.

Studio 7¹⁰³.

La pandemia da COVID-19 e il lockdown: l'impatto sulla salute mentale sulla popolazione generale in Italia

Ipotesi e obiettivi

L'Italia è stato il primo paese europeo a dover affrontare la pandemia da COVID-19. L'impatto psicologico della malattia e delle relative misure di contenimento tra le popolazioni occidentali erano fino a quel momento sconosciute. Tali misure includevano restrizioni ai viaggi, la chiusura obbligatoria delle scuole, delle attività commerciali non essenziali e delle industrie. Alle persone è stato chiesto di rimanere a casa e di isolarsi socialmente per evitare di essere infettati. L'impatto psicosociale sembra essere ancora più elevato durante le misure di quarantena.

Lo scopo di questo studio era di valutare i tassi di outcome di salute mentale nella popolazione generale italiana da tre a quattro settimane dalle misure di contenimento e di esplorare l'impatto dei potenziali fattori di rischio correlati al COVID-19. Questo studio mirava a fornire evidenze che avrebbero potuto fornire indicazioni per strategie di ricerca future e per l'erogazione della salute mentale in Italia e Europa. La nostra ipotesi era che fattori di rischio specifici correlato al COVID-19 potrebbero mostrare un'associazione rilevante con la salute nella popolazione generale.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con il Global Psychotrauma Screen (sottoscala sintomi da stress post-traumatico GPS-PTSS), il Patient Health Questionnaire (PHQ-9), il Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7), l'Insomnia Severity Index (ISI), la Perceived Stress Scale (PSS) e l'International Adjustment Disorder Questionnaire (IADQ).

Analisi statistica. Tutte le analisi sono state eseguite utilizzando Stata v. 16[®]. Sono state calcolate le medie (\pm DS) e le frequenze per l'analisi descrittiva. Sono state eseguite analisi di frequenza al fine di accertare la prevalenza di ciascun risultato, separatamente per Nord, Centro, e del Sud Italia.

È stato disegnato un modello di regressione logistica multivariata per valutare l'impatto delle variabili covariate (età, genere, regione di residenza, variabili relative al COVID-19: quarantena, cambiamenti lavorativi, persona cara malata/deceduta, eventi stressanti) e confondenti (storia di traumi infantili, qualsiasi precedente disturbo mentale, livello di istruzione, occupazione, relazioni affettive) sugli outcome selezionati.

Risultati.

Le caratteristiche socio-demografiche del campione, insieme ai tassi degli esiti di salute mentale, sono riportati nella Tabella 1. Dei 18147 intervistati, 6.666 (37,14%) hanno riportato $\geq 3/5$ PTSS, con un punteggio mediano totale dei sintomi GPS pari a 7 (IQR=6, intervallo 0-17); 3099 intervistati (17,3%) hanno riportato sintomi depressivi gravi, con un punteggio mediano totale PHQ pari a 8 (IQR=6, intervallo 0-17); 3732 (20,8%) intervistati hanno riportato gravi sintomi di ansia, con un punteggio mediano alla GAD pari a 8 (intervallo 0-21, IQR=10); 1306 (7,3%) intervistati hanno riportato gravi sintomi di insonnia, con un punteggio totale mediano all'ISI pari a 10 (intervallo 0-28, IQR=12); la mediana del punteggio totale alla PSS era 25 (intervallo 4-44, IQR=13), il 75° percentile era 31, con 3933 (21,9%) intervistati che hanno ottenuto un punteggio superiore a questa soglia; 4129 (23,0%) intervistati hanno ottenuto un punteggio IADQ compatibile con il sospetto di presenza di un disturbo dell'adattamento.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e tassi di outcome di salute mentale

	Totale N. / Mediana (% / IQR)	Nord N. / Mediana (% / IQR)	Centro N. / Mediana (% / IQR)	Sud N. / Mediana (% / IQR)
Età	38 (23)	38 (23)	38 (24)	38 (31)
Genere				
<i>Femmine</i>	14207 (79.5)	6310 (79)	3729 (79.4)	4168 (80.6)
<i>Maschi</i>	3653 (20.5)	1681 (21)	966 (20.6)	1006 (19.4)
Scolarità				
<i>media</i>	8538 (47.8)	3770 (47.2)	2243 (47.8)	2525 (48.8)
<i>alta</i>	7674 (43)	3411 (42.7)	2112 (45)	2151 (41.6)
<i>bassa</i>	1649 (9.2)	810 (10.1)	340 (7.2)	499 (9.6)
Occupazione				
<i>casalinga</i>	1139 (6.4)	367 (4.6)	244 (5.2)	528 (10.2)
<i>disoccupato</i>	2094 (11.7)	793 (9.9)	484 (10.3)	817 (15.8)
<i>impiegato</i>	10881 (60.9)	5349 (66.9)	2867 (61.1)	2665 (51.5)
<i>pensionato</i>	291 (1.6)	124 (1.6)	77 (1.6)	90 (1.7)
<i>studente</i>	3456 (19.3)	1358 (17)	1023 (21.8)	1075 (20.8)
Attualmente in quarantena	141 (0.8)	101 (1.3)	21 (0.5)	19 (0.4)
Cambiamento dell'attività lavorativa				
<i>come prima</i>	2320 (13.5)	977 (12.6)	633 (14)	710 (14.5)
<i>smart-working</i>	6688 (38.9)	3088 (39.9)	1847 (40.9)	1753 (35.7)
<i>discontinuo</i>	7500 (43.7)	3347 (43.2)	1870 (41.4)	2283 (46.5)
<i>più del solito</i>	665 (3.9)	335 (4.3)	168 (3.7)	162 (3.3)
Stato del partner				
<i>nessuno</i>	16312 (91.8)	6987 (87.6)	4431 (94.7)	4894 (95.5)
<i>infettato</i>	789 (4.4)	519 (6.5)	139 (3)	131 (2.6)
<i>deceduto</i>	253 (1.4)	183 (2.3)	30 (0.6)	40 (0.8)
<i>ospedalizzato</i>	424 (2.4)	284 (3.6)	80 (1.7)	60 (1.2)
GPS PTSS≥3	6604 (37)	2876 (36)	1560 (33.2)	2168 (41.9)
PHQ ≥15	3084 (17.3)	1349 (16.9)	703 (15)	1032 (20)
GAD ≥15	3700 (20.8)	1613 (20.2)	854 (18.3)	1233 (23.9)
ISI ≥22	1301 (7.3)	542 (6.8)	280 (6)	479 (9.3)
PSS 75th percentile	3895 (21.8)	1720 (21.5)	918 (19.6)	1257 (24.3)
ADS	4092 (22.9)	1900 (23.8)	1032 (22)	1160 (22.4)

GPS: Global Psychotrauma Screen; PHQ: Patient Health Questionnaire; GAD: Generalized Anxiety Disorder scale; ISI: Insomnia severity Index; PSS: Perceived Stress Scale; ADS: Adjustment Disorder Symptom; IQR: Interquartile range.

Tabella 2. Regressione logistica multivariata

	PTSS OR [95%CI]	depressione OR [95%CI]	ansia OR [95%CI]	stress percepito OR [95%CI]	insonnia OR [95%CI]	ADS OR [95%CI]
Età§	1.49*** [1.39,1.60]	1.55*** [1.42,1.69]	1.72*** [1.59,1.87]	1.76*** [1.62,1.90]	1.01 [0.97,1.05]	1.05 [0.75,1.47]
Genere						
<i>maschi</i>	1.00 (ref)					
<i>femmine</i>	2.12*** [1.94,2.31]	1.39*** [1.24,1.56]	1.77*** [1.59,1.97]	2.06*** [1.85,2.30]	1.50*** [1.26,1.78]	1.64*** [1.45,1.84]
Regione						
<i>nord</i>	1.00 (ref)					
<i>centro</i>	0.93 [0.86,1.01]	0.87* [0.78,0.97]	0.90* [0.82,1.00]	0.90* [0.82,0.99]	0.9 [0.77,1.05]	0.91 [0.81,1.02]
<i>sud</i>	1.36*** [1.26,1.47]	1.25*** [1.13,1.37]	1.29*** [1.18,1.41]	1.20*** [1.10,1.32]	1.41*** [1.24,1.62]	0.95 [0.85,1.06]
Eventi stressanti correlati al COVID	1.46*** [1.37,1.56]	1.58*** [1.45,1.72]	1.64*** [1.51,1.78]	1.82*** [1.68,1.97]	1.58*** [1.40,1.79]	n.a. n.a.
Attualmente in quarantena	1.74** [1.21,2.49]	1.49 [0.98,2.26]	1.52* [1.05,2.22]	1.42 [0.97,2.07]	1.23 [0.69,2.18]	2.28*** [1.44,3.61]
Cambiamento dell'attività lavorativa						
<i>come prima</i>	1.00 (ref)					
<i>smart-working</i>	1.01 [0.91,1.12]	0.99 [0.86,1.14]	0.97 [0.85,1.10]	1.02 [0.90,1.15]	0.9 [0.74,1.10]	1.07 [0.91,1.25]
<i>discontinuo</i>	1.15** [1.05,1.27]	1.40*** [1.23,1.59]	1.16* [1.03,1.31]	1.19** [1.06,1.34]	1.22* [1.03,1.46]	1.1 [0.95,1.28]
<i>più del solito</i>	1.42*** [1.18,1.71]	1.26 [0.98,1.63]	1.25 [1.00,1.57]	1.71*** [1.38,2.12]	1.29 [0.93,1.80]	1.39* [1.04,1.87]
Stato del partner						
<i>nessuno</i>	1.00 (ref)					
<i>infectato</i>	1.22* [1.05,1.42]	1.05 [0.87,1.28]	0.91 [0.75,1.10]	0.88 [0.73,1.05]	1.02 [0.77,1.35]	0.96 [0.79,1.17]
<i>deceduto</i>	1.68*** [1.30,2.16]	1.41* [1.03,1.93]	1.22 [0.91,1.65]	1.34* [1.01,1.78]	1.74** [1.18,2.54]	1.21 [0.87,1.68]
<i>ospedalizzato</i>	1.22 [1.00,1.48]	1.09 [0.84,1.41]	1.25 [0.99,1.57]	1.1 [0.87,1.39]	1.1 [0.76,1.60]	1.16 [0.91,1.49]
Impegnato sentimentalmente	1.14*** [1.06,1.22]	0.92 [0.84,1.00]	1.11* [1.02,1.22]	1.11* [1.02,1.21]	1.08 [0.94,1.23]	1.07 [0.97,1.19]
Scolarità						
<i>media</i>	1.00 (ref)					
<i>alta</i>	1.12** [1.04,1.20]	1.30*** [1.19,1.43]	1.28*** [1.18,1.39]	1.25*** [1.15,1.36]	1.31*** [1.15,1.50]	1.05 [0.95,1.16]
<i>bassa</i>	1.25*** [1.11,1.41]	1.62*** [1.40,1.87]	1.51*** [1.32,1.74]	1.47*** [1.28,1.69]	1.76*** [1.46,2.13]	1.21* [1.01,1.44]
Occupazione						
<i>casalinga</i>	1.00 (ref)					
<i>disoccupato</i>	1.28*** [1.11,1.47]	1.35** [1.12,1.63]	1.31** [1.11,1.55]	1.21* [1.03,1.44]	1.39** [1.11,1.74]	1.05 [0.83,1.32]
<i>impiegato</i>	1.05 [0.94,1.17]	1.59*** [1.40,1.80]	1.39*** [1.23,1.57]	1.22** [1.08,1.37]	1.33** [1.12,1.58]	1.09 [0.93,1.27]
<i>pensionato</i>	0.9 [0.66,1.22]	1.17 [0.79,1.75]	1.02 [0.69,1.51]	1.39 [0.96,2.01]	0.88 [0.52,1.48]	0.46* [0.22,0.97]
<i>studente</i>	0.79*** [0.71,0.88]	1.60*** [1.41,1.83]	1.02 [0.90,1.16]	1.28*** [1.13,1.44]	1.02 [0.86,1.22]	1.16 [0.84,1.62]
Trauma infantile	1.06 [0.99,1.13]	1.41*** [1.30,1.54]	1.29*** [1.19,1.39]	1.01 [0.93,1.09]	1.50*** [1.33,1.70]	1.10* [1.01,1.21]
Diagnosi psichiatrica precedente	1.59*** [1.48,1.71]	2.19*** [2.01,2.39]	2.10*** [1.94,2.28]	1.73*** [1.59,1.87]	1.76*** [1.56,1.98]	1.25*** [1.13,1.39]

*p<0.05; **p<0.005; ***p<0.001; PTSS: sintomi da stress post-traumatico; ADS: sintomi di adattamento; §L'età è standardizzata e invertita, l'età più giovane ha un OR>1 se associata a un rischio elevato.

Le analisi di regressione logistica sono riportate nella Tabella 2. Il genere femminile era associato a tutti gli outcome selezionati. L'età più giovane era associata con il PTSS, sintomi di ansia e depressione e stress percepito. Rispetto al Nord Italia, i partecipanti dal Sud hanno mostrato maggiori probabilità per tutti gli outcome, ad eccezione dell'ADS. Essere in quarantena era associato a sintomi da stress post-traumatico, ansia e disturbi dell'adattamento. Aver sperimentato un evento di vita stressante dovuto al COVID-19 era associato a tutti gli outcome. L'interruzione dell'attività lavorativa a causa del COVID-19 era associato a tutti gli outcome ad eccezione dei disturbi dell'adattamento, mentre un aumento del lavoro era associato a stress post-traumatico, allo stress percepito e a disturbi dell'adattamento. Avere una persona cara deceduta o affetta da COVID-19 era associato a stress post-traumatico.

Discussione.

Questo studio riporta per la prima volta dati relativi agli esiti di salute mentale relativi alla pandemia da COVID-19 e alle misure restrittive nella popolazione generale in Italia. Questo studio mostra tassi relativamente elevati di sintomi da stress post-traumatico, sintomi di depressione, ansia, insonnia, stress percepito e disturbi dell'adattamento, con le giovani donne che risultavano più colpite. Questi risultati erano associati a una serie di fattori di rischio correlati al COVID-19, compreso essere in quarantena, avere una persona cara deceduta per COVID-19, l'interruzione dell'attività lavorativa a causa delle misure di contenimento, o altri eventi stressanti (ad esempio problemi lavorativi, finanziari, relazionali o abitativi) a causa della pandemia o delle politiche di contenimento. I risultati sono stati ottenuti prendendo in considerazione alcune variabili confondenti, quali la pregressa malattia psichiatrica e la storia di trauma infantile, suggerendo che la pandemia da COVID-19 sta esercitando un effetto indipendente sulla salute mentale della popolazione.

Studio 8¹⁰⁴.

Disturbi di personalità e violenza interpersonale durante la pandemia da COVID-19

Ipotesi e obiettivi

Ansia, depressione e sintomi post-traumatici sono stati ampiamente studiati come possibili outcome di salute mentale nel contesto delle pandemie, tra cui l'ultima da COVID-19; probabilmente si assisterà col tempo anche ad un aumento sostanziale dei disturbi comportamentali, in termini di sintomi esternalizzanti e internalizzanti, violenza domestica, maltrattamenti sui minori, abuso di sostanze e solitudine.

Alla luce del noto legame tra violenza e disturbi di personalità, è lecito ritenere che le misure restrittive correlate alla pandemia potrebbero promuovere o accentuare i livelli di stress e la gravità psicopatologica in individui con un determinato disturbo di personalità o tratto disfunzionale della personalità, che a sua volta aumenta la possibilità di perpetrare sia la violenza etero che quella autodiretta in questa popolazione.

Abbiamo condotto quindi una revisione sistematica per riassumere la letteratura esistente circa l'impatto del COVID-19 sulla violenza correlata ai disturbi di personalità. In un'analisi preliminare non è stato trovato nessuno studio che si occupasse dell'argomento con un unicum, cioè gli effetti della pandemia da COVID-19 e delle misure restrittive in vigore sui disturbi della personalità e sulla violenza. Per questo, la ricerca si è spostata sull'effetto della pandemia sui disturbi di personalità e sulla violenza individualmente, nella speranza di fare luce su entrambe le aree, facilitando indagini future per comprendere meglio la loro connessione.

Metodologia

Sono state svolte ricerche in modo indipendente da due autori su MEDLINE e APA PsycINFO per individuare studi rilevanti. Gli studi, per essere ammessi, dovevano

essere identificabili attraverso la ricerca nei database, pubblicati e completamente accessibili. Questa revisione è stata condotta secondo le linee guida PRISMA del 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses) dal 01 gennaio 2020 al 23 maggio 2021. È stato individuato un pool iniziale di 241 studi, di cui 69 soddisfacevano i criteri di selezione e sono stati quindi inclusi.

Risultati.

La maggioranza degli studi ha riportato esiti di salute mentale peggiori durante la pandemia in soggetti con personalità disfunzionali ed esiti migliori in soggetti con tratti positivi della personalità. Inoltre, sono stati segnalati livelli aumentati di violenza interpersonale e violenza autodiretta.

Dato il gran numero di risultati, abbiamo deciso di analizzare gli studi inclusi in questa revisione secondo un “criterio di aspettativa”, cioè raggruppando i manoscritti in base a quelli che mostravano risultati intuitivi o risultati in linea con la precedente letteratura, risultati che non riportavano alcun cambiamento rispetto alla letteratura pre-COVID-19 e quelli che riportavano risultati parziali/controintuitivi (Tabella 1).

Tabella 1. Rappresentazione grafica dei risultati sui disturbi di personalità e sulla violenza in base all'intuitività		
disturbi di personalità		
Risultati intuitivi	Risultati neutrali	Risultati parziali/controintuitivi
disturbi della personalità o tratti disfunzionali della personalità aumentano il rischio di esiti negati (21 studi)	nessun cambiamento nella gravità della sintomatologia (1 studio)	diminuzione delle visite ospedaliere (2 studi)
tratti funzionali (positivi) della personalità si associano a esiti positivi (6 studi)		l'ansia era correlata alla gentilezza del personale ospedaliero (1 studio)
violenza		
Risultati intuitivi	Risultati neutrali	Risultati parziali/controintuitivi
risultati che confermano un outcome atteso (35 studi)	risultati che non indicano cambiamenti durante il COVID-19; risultati non discutibili in termini di outcome atteso (7 studi)	Risultati che dimostrano l'opposto di un outcome atteso (7 studi)

Discussione.

Questa revisione sistematica della letteratura ha esaminato gli effetti della pandemia da COVID-19 e delle misure restrittive in vigore sui disturbi di personalità e sulla violenza. La letteratura ha mostrato l'impatto negativo della pandemia sui disturbi di personalità in termini di gravità clinica, gestione delle emozioni e livelli di stress, e come l'efficacia delle strategie di coping sia direttamente correlata ad un esito psicopatologico positivo, soprattutto nei pazienti con disturbi di personalità.

Tuttavia, la letteratura si è rivelata insufficiente nel definire adeguatamente gli esiti psicopatologici nei pazienti con disturbi di personalità durante la pandemia. Sono state inoltre condotte poche indagini relativamente all'approccio/trattamento più efficace per la gestione delle complicazioni acute che questi pazienti possono presentare durante un periodo, come una pandemia, in particolare durante l'autoisolamento.

Per quanto riguarda gli effetti del COVID-19 sulla violenza, la letteratura ha dimostrato livelli aumentati di violenza eterodiretta e autodiretta, mentre i tassi delle segnalazioni e la ricerca della rete di supporto sono diminuiti durante la pandemia.

Alla luce dei dati precedenti che hanno mostrato come i soggetti affetti da disturbi di personalità siano più inclini ad agire violenza, insieme alle difficoltà sofferte da questi soggetti nel gestire il lockdown, potremmo supporre un aumento dei tassi di violenza durante il periodo della pandemia e in particolare delle misure di contenimento più restrittive tra questi pazienti (risultati intuitivi).

Studio 9¹⁰⁵.

La validazione italiana della Psychological Maltreatment Review (PMR)

Ipotesi e obiettivi

L'esperienza di maltrattamenti psicologici (abuso, neglect, assenza di supporto) in età precoce può condurre a esiti di salute mentale quali attaccamento insicuro, scarsa autostima, depressione, ansia, dissociazione, comportamenti aggressivi, difficoltà relazionali. Il supporto genitoriale è associato a un maggior rendimento scolastico, salute psicofisica, minori sintomi post-traumatici dopo un disastro naturale e migliori abilità sociali nelle relazioni sentimentali e sessuali durante l'adolescenza.

Nonostante il maltrattamento psicologico e la violenza interpersonale siano molto importanti per le loro implicazioni sulla salute e sul funzionamento sociale, esistono pochi strumenti empiricamente validati per misurarli. Nessuno di questi questionari misura allo stesso tempo tutti e tre i costrutti psicologici sopracitati.

Il Psychological Maltreatment Review (PMR) è un questionario self-report somministrato a soggetti adulti che indaga le esperienze infantili (fino ai 18 anni) di abuso psicologico, neglect e sostegno psicologico dei genitori, misurate separatamente per le figure genitoriali più significative, maschile e femminile, nella vita del soggetto.

L'obiettivo di questo studio era quello di valutare la validità di costrutto e la coerenza interna della versione italiana della PMR, e di stimare la validità concorrente al fine di fornire strumenti validi e affidabili per indagare retrospettivamente il maltrattamento infantile nella popolazione italiana.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con la PMR e con il Risky Family Questionnaire (RFQ). La PMR è stata tradotta dall'inglese

all'italiano attraverso una prima traduzione e successivi processi di traduzione inversa.

Analisi statistica. I dati sono stati analizzati utilizzando il programma SPSS (versione 24, IBM, U.S.A.). Sono state calcolate le statistiche descrittive. L'alfa di Cronbach è stata calcolata al fine di valutare l'affidabilità della coerenza interna della scala e dei suoi fattori. È stata eseguita una MANOVA 2 (campione) × 2 (genere) per esaminare potenziali differenze tra i campioni e di genere per le esperienze di abuso psicologico, neglect e sostegno.

È stata eseguita un'analisi fattoriale esplorativa (EFA) per individuare la struttura fattoriale utilizzando l'analisi delle componenti principali con una rotazione varimax sul campione non clinico. È stata quindi condotta un'analisi fattoriale confermativa (CFA) sul campione clinico. La CFA è stata utilizzata per confermare il modello esplorativo e determinare la bontà dell'adattamento tra il modello ipotizzato e i dati del campione.

La relazione tra fattori della PMR e i punteggi totali, tra le variabili demografiche e cliniche sono state studiate utilizzando correlazioni bivariate.

Risultati.

Le analisi sull'affidabilità di coerenza interna sono state effettuate separatamente per ciascun campione, tutte le scale hanno dimostrato buona coerenza interna in entrambe le popolazioni, con alpha di Cronbach uguale o superiore a ,88. Un'analisi fattoriale esplorativa è stata condotta, usando il metodo degli assi principali, sui dati degli individui della popolazione non clinica, separatamente per le scale relative alla figura materna e paterna, seguito da una rotazione varimax e scree test. L'Analisi Fattoriale Confermativa condotta sul campione di pazienti supporta il modello a tre fattori, garantendo i migliori indici. La convergenza tra EFA e CFA in campioni diversi ha supportato la validità strutturale della PMR e replicato la struttura fattoriale, per i risultati delle scale della figura paterna, $\chi^2=725$, $p<,001$; $df=402$, CFI=0,92; TLI=0,91, SRMR=0,053, RMSEA=0,063, 90% CI [0,056, 0,07]; e della figura materna, $\chi^2=758$, $p<,001$; $df=374$, CFI=0,89; TLI=0,88, SRMR=0,064, RMSEA=0,07, 90% CI [0,06, 0,07].

Discussione.

Questo studio fornisce evidenze sulla validità della versione italiana della PMR per misurare retrospettivamente il maltrattamento psicologico infantile. Le tre scale della PMR (Abuso, Neglect e Supporto Psicologico) mostrano una buona coerenza interna. I risultati provano la validità di costrutto, in accordo con la letteratura corrente, suggerendo che l'abuso psicologico, il neglect e il supporto genitoriale siano costrutti dimensionalmente separati.

Nei nostri campioni non sono state riscontrate differenze di genere nei tassi di maltrattamento psicologico; questi risultati sono coerenti con i risultati di altri studi retrospettivi sulla popolazione adulta.

Coerentemente con la letteratura, nel nostro studio, i risultati dell'analisi univariata indicavano che i soggetti della popolazione non clinica riportavano livelli più bassi di neglect materno e paterno e abuso, e livelli più elevati di sostegno materno e paterno rispetto ai pazienti. Inoltre, i soggetti del campione non clinico presentavano una percentuale maggiore di soggetti sposati e occupati. Anche se speculativamente, questi risultati suggeriscono una relazione tra livelli più bassi di abuso materno e paterno e neglect, livelli più elevati di sostegno materno e paterno e migliore autostima, migliori risultati accademici, minori difficoltà relazionali e superiori abilità sociali nelle relazioni sentimentali. Sono necessari ulteriori studi per chiarire il rapporto tra abusi sui minori, neglect, mancato sostegno e autostima, raggiungimento di obiettivi e funzionamento sociale nella popolazione italiana.

Ulteriori studi dovrebbero indagare anche la relazione con le categorie di attaccamento e le conseguenze nello sviluppo delle relazioni in età adulta.

Il nostro studio rappresenta un progresso nell'uso di strumenti adeguati e affidabili per valutare retrospettivamente i maltrattamenti psicologici in età infantile nella popolazione italiana.

Studio 10.

Eventi traumatici e variabili correlate: i possibili fattori predittivi della salute mentale

Ipotesi e obiettivi

Esistono numerose evidenze circa la relazione tra esperienze traumatiche ed esiti di salute mentale, sebbene i percorsi psicopatologici non siano ad oggi del tutto chiariti. Gli esiti psicopatologici superano di gran lunga quelli di natura fisica per entrambi i tipi di trauma, collettivo e personale. Alla violenza interpersonale è attribuibile il significato di trauma psicologico, non solo di quello fisico. In effetti, le conseguenze ad essa comprendono esiti fisici, fatali o non fatali, ed esiti di salute mentale. Questi consistono in un ampio spettro di problemi di natura comportamentale, cognitiva, mentale.

Lo scopo di questo studio è indagare il ruolo della violenza interpersonale, e dei correlati demografici, personali e familiari, come fattori predittivi significativi per la salute mentale, ovvero esaminare quali tra queste variabili siano rilevanti per spiegare il rischio di sviluppare un disturbo mentale e quali di favorire una buona salute mentale. La nostra ipotesi è che la violenza interpersonale, il maltrattamento psicologico infantile, gli stati affettivi negativi, così come alcuni fattori demografici e anamnestici (ad es. età, suicidalità, uso di sostanze) possano predire l'insorgenza di un disturbo mentale. Un buon supporto genitoriale nell'infanzia, un buon livello di scolarità e altre condizioni sociali favorevoli (matrimonio, lavoro a tempo pieno) sono predittivi di una buona salute mentale.

Metodologia

Strumenti di valutazione. Tutti i partecipanti sono stati valutati con il RFQ, con il PMR, il PANAS, il SNQ e la KIVS. La popolazione clinica è stata valutata anche con la PSP.

Analisi statistica. I dati sono stati analizzati utilizzando il programma SPSS (versione 24, IBM, U.S.A.). Sono state calcolate le medie (\pm DS) e le frequenze per

l'analisi descrittiva. Il test t per campioni indipendenti è stato calcolato per indagare le differenze delle medie tra il gruppo clinico e non clinico. Il test del chi-quadro è stato eseguito per testare le differenze tra frequenze. Le correlazioni di Pearson sono state calcolate per esaminare le correlazioni tra le variabili di interesse. Infine, abbiamo eseguito delle analisi di regressione logistica (forward con likelihood ratio) per esaminare se le variabili prese in esame siano rilevanti per spiegare il rischio di sviluppare un disturbo mentale e quali di favorire una buona salute mentale. Abbiamo calcolato due diversi modelli di regressione a causa della presenza del fenomeno di collinearità che coinvolge la PMR e la KIVS; abbiamo quindi inserito tutte le variabili che mi abbiamo finora mostrato, ad eccezione del RFQ che è del tutto sovrapponibile alla PMR.

Risultati.

Analisi descrittive

L'età media del campione clinico è 41.43 ± 12.34 . L'età media del campione non clinico è 36.38 ± 10.38 . Circa il 90% dei partecipanti è di nazionalità italiana e quasi il 99% sono caucasici. 92 soggetti del campione clinico sono stati diagnosticati affetti da disturbi psicotici (spettro schizofrenico; 44%), 70 da disturbi dell'umore (33,5%) e 47 da disturbi della personalità (22,5%). Gli anni di malattia del campione clinico sono in media 14.2 ± 11.02 . Le altre caratteristiche dei due campioni sono riportate nella Tabella 1 e 2.

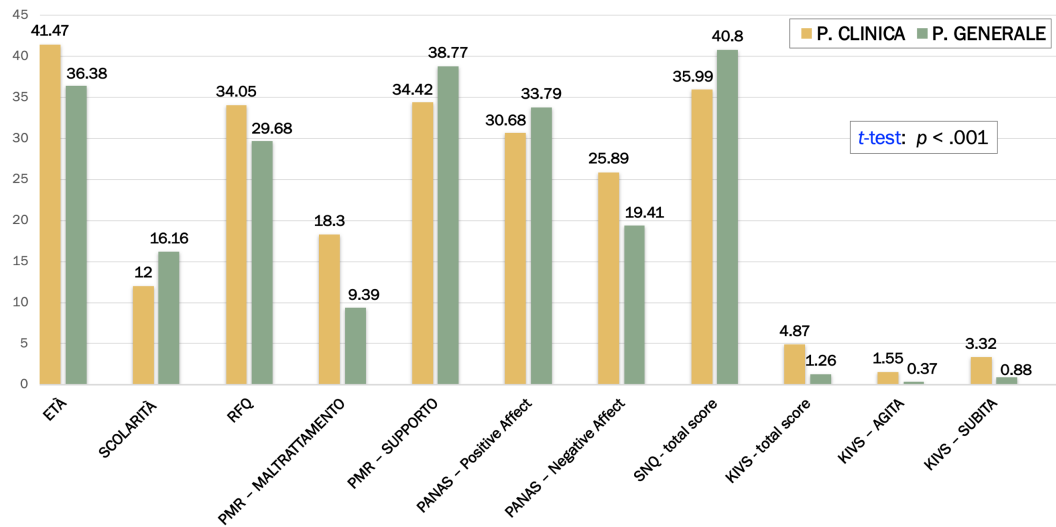
Tabella 1. Caratteristiche demografiche del campione clinico (N. 209)

	n (%)
Genere	
Maschi	106 (50.70)
Femmine	103 (49.3)
Stato civile	
Celibe/nubile	123 (58.9)
Sposato/convivente	45 (21.5)
Separato/divorziato	41 (19.6)
Scolarità	
livello basso	8 (3.83)
livello medio	157 (75.12)
livello alto	44 (21.05)
Occupazione	
Disoccupato	112 (53.6)
Occupato	54 (25.8)
altro	43 (20.6)

Tabella 2. Caratteristiche demografiche del campione non clinico (N. 217)

	n (%)
Genere	
Maschi	96 (44.2)
Femmine	121 (55.8)
Stato civile	
Celibe/nubile	119 (54.8)
Sposato/convivente	91 (41.9)
Separato/divorziato	7 (3.2)
Scolarità	
livello basso	1 (0.5)
livello medio	82 (37.8)
livello alto	134 (61.8)
Occupazione	
Disoccupato	22 (10.1)
Occupato	135 (62.2)
altro	60 (27.6)

Figura 1. Valori medi delle variabili di interesse



Nella Figura 1 sono indicati i valori medi delle variabili di interesse. Il t test per campioni indipendenti eseguito ha riportato differenze tra medie statisticamente significative per tutte le variabili.

Confronto tra frequenze (test del χ^2)

Figura 2. Confronto tra frequenze di stato civile e lavoro

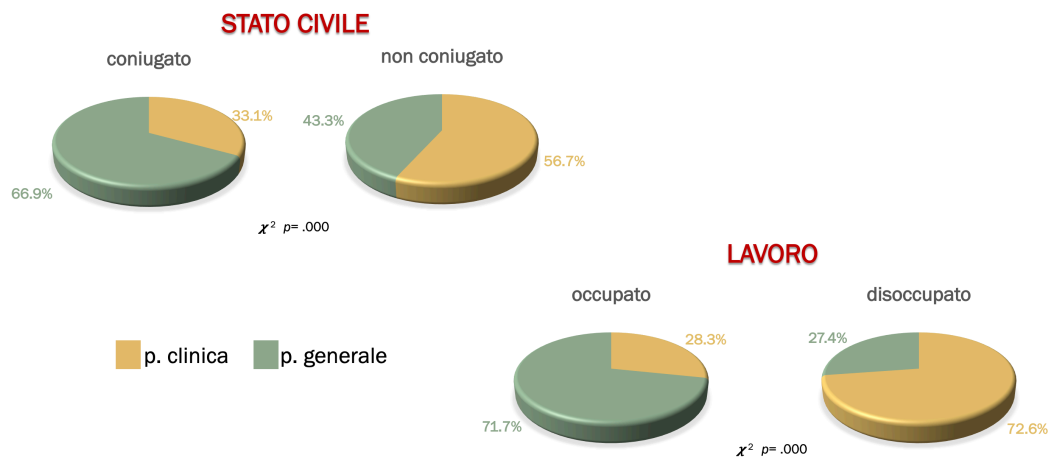


Figura 3. Confronto tra frequenze di familiarità psichiatrica e TS

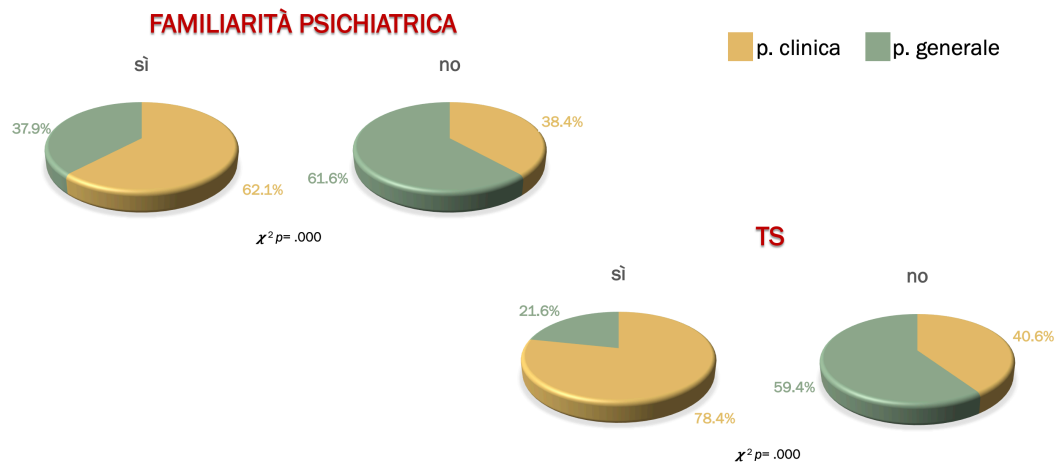
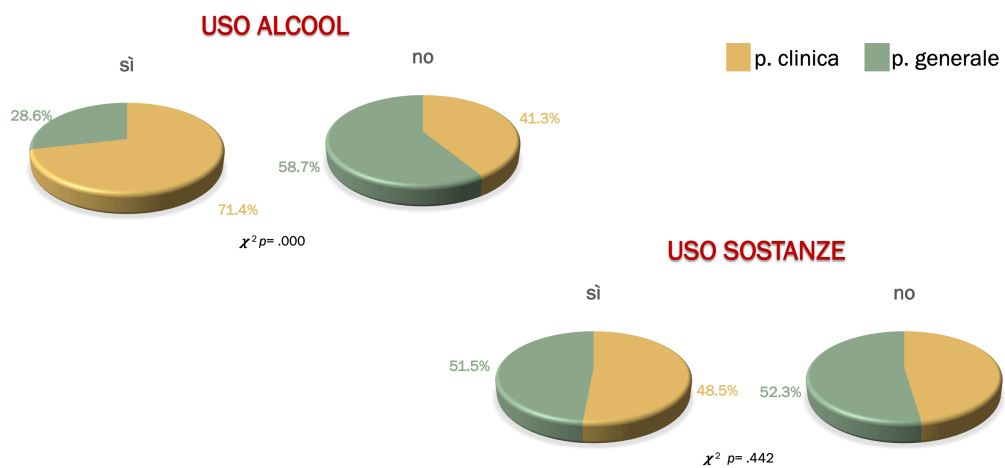


Figura 4. Confronto tra frequenze di uso di alcool e uso di sostanze



Correlazioni

Tabella 3. Correlazioni bivariate tra le variabili di interesse nel campione clinico (N. 209)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Età	–										
2. RFQ		–									
3. PMR-maltrattamento	-0.21	0.73	–								
4. PMR-supperto		-0.44	-0.45	–							
5. PANAS – Positive Affects				0.21	–						
6. PANAS – Negative Affects		0.26	0.28		0.26	–					
7. SNQ totale		-0.23	-0.18	0.27	0.39	-0.28	–				
8. KIVS- totale	-0.32	0.41	0.5	-0.19		0.2		–			
9. KIVS – agita	-0.25	0.2	0.27		0.24			0.75	–		
10. KIVS – agita	-0.27	0.44	0.5	-0.19		0.23		0.89	0.36	–	
11. cons. di malattia						-0.18					–
12. PSP		-0.2	-0.31	0.2			0.23	-0.45	-0.44	-0.33	-0.33

Note. RFQ= Risky Families Questionnaire; PMR= Psychological Maltreatment Review; KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PANAS= Positive and Negative Affects Scale; SNQ= Social Network Questionnaire; PSP= Personal and Social Performance Scale.

Livello di significatività stabilito a seguito di correzione di Bonferroni ($p = .000$).

Tabella 4. Correlazioni bivariate tra le variabili di interesse nel campione non clinico (N. 217)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Età	–								
2. RFQ		–							
3. PMR-maltrattamento			.72	–					
4. PMR-supperto	-.16	-.48	-.43	–					
5. PANAS – Positive Affects				.35	–				
6. PANAS – Negative Affects	-.25	.28	.25			–			
7. SNQ totale		-.15	-.20	.27	.30	-.19	–		
8. KIVS- totale		.45	.40	-.16		.28		–	
9. KIVS – agita		.23	.20			.27		.80	–
10. KIVS – agita		.50	.44	-.15		.22		.92	.48

Note. RFQ= Risky Families Questionnaire; PMR= Psychological Maltreatment Review; KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PANAS= Positive and Negative Affects Scale; SNQ= Social Network Questionnaire; PSP= Personal and Social Performance Scale.

Livello di significatività stabilito a seguito di correzione di Bonferroni ($p = .000$).

Regressione logistica

Tabella 5. Maltrattamento psicologico e correlati come predittori dei disturbi mentali (N. 426)

Predittori	β	SE β	e^{β}
ETÀ	-.069**	0.015	0.934
SCOLARITÀ	.276**	0.042	1.318
PMR - MALTRATTAMENTO	-.057**	0.015	0.945
PMR - SUPPORTO	-.028*	0.012	0.972
PANAS – Negative Affect	-.038*	0.018	0.963
FAMILIARITÀ	-.582*	0.299	0.559
TS indicatore= no	-1.428**	0.37	0.24
LAVORO indicatore= disoccupato	1.780**	0.363	5.93
STATO CIVILE indicatore= non coniugato	1.462**	0.289	4.314
Costante	0.571		
χ^2	268.922**		
df	9		
% di correttezza	84.4		

KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PANAS= Positive and Negative Affects Scale; SNQ= Social Network Questionnaire.

** $p < .001$; * $p < .05$

variabile dipendente: popolazione
0= clinica
1= generale (outcome di interesse)

covariate escluse dal modello:

- PANAS - Positive Affect
- SNQ total score
- GENERE
- USO ALCOOL
- USO SOSTANZE

Tabella 6. Violenza interpersonale e correlati come predittori dei disturbi mentali (N. 426)

Predittori	β	SE β	e^{β}
ETÀ	-.067**	0.015	0.936
SCOLARITÀ	.235**	0.043	1.265
PANAS – Negative Affect	-.038*	0.018	0.963
KIVS - AGITA	-.308*	0.136	0.735
KIVS - SUBITA	-.455**	0.096	0.635
TS indicatore= no	-1.188**	0.377	0.305
LAVORO indicatore= disoccupato	1.442**	0.307	4.231
STATO CIVILE indicatore= non coniugato	1.564**	0.371	4.778
Costante	0.121		
χ^2	300.335**		
df	8		
% di correttezza	86.6		

KIVS= Karolinska Interpersonal Violence Scale; PANAS= Positive and Negative Affects Scale; SNQ= Social Network Questionnaire.

** $p < .001$; * $p < .05$

variabile dipendente: popolazione
0= clinica
1= generale (outcome di interesse)

covariate escluse dal modello:

- PANAS - Positive Affect
- SNQ total score
- GENERE
- FAMILIARITÀ PSI.
- USO ALCOOL
- USO SOSTANZE

Discussione.

La principale scoperta è che la violenza interpersonale e il maltrattamento psicologico infantile rappresentano eventi traumatici predittivi di esiti rilevanti per la salute mentale. È importante sottolineare come, nel contesto della violenza interpersonale, sia le esperienze di vittimizzazione che quelle di espressione di violenza predicano lo sviluppo di disturbi mentali. In questa complessa relazione hanno un ruolo alcune variabili ad essi correlate, quali gli stati affettivi negativi, i principali fattori demografici e l'anamnesi positiva per familiarità psichiatrica e la

suicidalità. Una più alta scolarità, un'occupazione lavorativa fissa e il matrimonio rappresentano fattori predittivi di buona salute mentale. Poiché nel nostro campione sono mediamente riportate esperienze di maltrattamento e violenza, possiamo ipotizzare che questi possano essere dei fattori protettivi nel percorso dal trauma ai disturbi mentali. Nel nostro campione, la rete sociale, il genere, l'uso di alcool e sostanze non hanno mostrato valore predittivo.

I risultati dimostrano che i soggetti appartenenti alla popolazione clinica presentano livelli di violenza quattro volte superiori rispetto ai soggetti della popolazione non clinica (livelli globali, violenza agita e subita). In entrambe le popolazioni, violenza agita e subita sono correlate tra loro; i livelli di violenza subita sono superiori rispetto a quelli di violenza agita. Il maltrattamento psicologico e la violenza risultano correlate tra loro. Nella popolazione clinica, i più giovani riportano livelli di maltrattamento e violenza superiori. Il maltrattamento subito dai soggetti della popolazione clinica è risultato il doppio rispetto alla popolazione non clinica. Il maltrattamento correla con stati affettivi negativi, il supporto a stati affettivi positivi e ad una maggiore rete sociale. Nella popolazione clinica, la violenza agita è correlata a stati affettivi positivi; nella popolazione non clinica, la violenza agita è correlata a stati affettivi negativi. Popolazione non clinica e clinica differiscono per i principali fattori demografici (età, scolarità, stato civile, occupazione, e per le notizie anamnestiche di interesse (familiarità, TS, abuso alcool), mentre non c'è differenza per l'abuso di sostanze. Nella popolazione clinica, il funzionamento psicosociale è correlato inversamente a maltrattamento e violenza (e consapevolezza di malattia) e direttamente alla rete sociale e al supporto genitoriale. In linea con la letteratura, i nostri risultati dimostrano che popolazioni cliniche e non cliniche condividono esperienze traumatiche nel corso della vita. La popolazione clinica riporta maggiori esperienze di maltrattamento infantile e violenza, ma non possiamo escludere che questo sia dovuto ad una maggiore tendenza a riportare esperienze personali o al fenomeno dell'amplificazione della memoria traumatica. Oltre al maggior impatto e pervasività che traumi cumulativi possono agire verso lo sviluppo di un disturbo mentale, una possibile spiegazione delle diverse traiettorie in queste due popolazioni sembra essere la presenza e l'azione dei fattori protettivi.

CONCLUSIONI

I risultati dei nostri studi dimostrano la natura complessa del fenomeno della violenza interpersonale. Seguendo il modello ecologico proposto dall'OMS, abbiamo analizzato il problema in un'ottica gerarchica dal livello individuale a quello comunitario/sociale, passando per il livello familiare/relazionale. La relazione tra questi livelli appare come non univoca, esistendo una mutua influenza tra ciascun fattore preso in esame.

A livello individuale abbiamo confermato la rilevanza di alcune caratteristiche già indicate dall'OMS e dalla letteratura (es. caratteristiche demografiche, disturbi psicologici o della personalità, disturbi mentali, storia di comportamento violento, giovane età). Il genere maschile è per lo più associato ad esperienze di perpetrazione di violenza, mentre il genere femminile è quello che riporta maggiori esperienze di vittimizzazione. La giovane età viene confermata come fattore di rischio, così come l'età d'esordio precoce. La condizione socio-lavorativa costituisce un elemento importante: soggetti sposati e occupati a tempo pieno riportano minori livelli di violenza rispetto a individui single e disoccupati. In più, questo dato demografico sembra avere un ruolo anche nello sviluppo o meno di un disturbo mentale a seguito di eventi traumatici. L'essere affetto da un disturbo mentale aumenta il rischio di violenza, sia agita che subita, ciononostante la relazione causale non sembra diretta, ma mediata da altri fattori che in realtà sarebbero più spesso presenti nelle popolazioni cliniche. Abbiamo tentato di individuare dei modelli di "diagnosi-età" e "diagnosi-genere", scoprendo che le psicosi, i disturbi dell'umore e i disturbi di personalità hanno diversi modelli di esperienze violente se combinati con l'età e il sesso. I disturbi di personalità si associano a maggior violenza, mostrando un forte modello "diagnosi-età" nel contesto della violenza agita, mentre i disturbi dell'umore mostrano un forte modello "diagnosi-età" per la vittimizzazione. Le psicosi mostrano diversi modelli, ma deboli nell'ambito di entrambe le forme di violenza. L'individuazione del sistema valoriale come fattore che possa modulare il comportamento, e quindi anche i comportamenti violenti, rappresenta una novità che merita futuri approfondimenti. La disregolazione affettiva è un elemento rilevante nell'ambito della violenza, soprattutto nel contesto della popolazione clinica dove la violenza agita è correlata a stati affettivi positivi.

Al livello familiare/relazionale abbiamo confermato il dato relativo a famiglie disfunzionali, caotiche e disorganizzate. Queste famiglie, caratterizzate da conflitti, violenza e una relazione genitoriale fredda, priva di sostegno verso i figli, rappresentano un ambiente ad elevata probabilità di generare un trauma infantile con esiti dal punto di vista fisico e mentale. Abbiamo dimostrato che non solo il maltrattamento fisico, ma anche quello psicologico nelle sue tre differenti accezioni (abuso, neglect, assenza di supporto) rappresenta un trauma complesso che a sua volta costituisce un fattore di rischio per l'espressione o l'esposizione a violenza interpersonale. Il suo impatto è dunque rilevante sia nell'insorgenza di sintomi di tipo internalizzante che esternalizzante. Questo dato è estremamente importante alla luce del fatto che il maltrattamento psicologico rappresenta la forma di maltrattamento maggiormente subita dai minori, e al contempo, la forma di maltrattamento più difficilmente individuabile e misurabile.

Il nostro studio sul "ciclo della violenza" ha dimostrato che il carico familiare, dovuto alla presenza di un parente di primo grado affetto da un disturbo mentale, rappresenta il fattore predittivo più importante per la suicidalità in età adulta; tale relazione è parzialmente mediata da esperienze di violenza interpersonale, soprattutto subita. Gli effetti dell'abuso psicologico e del neglect sono apparsi minori del previsto.

I nostri risultati hanno dimostrato che le esperienze di violenza hanno un impatto sia in termini di salute mentale, che in termini di funzionamento psicosociale. Esperienze di violenza, accompagnate da quei correlati personali e relazionali già citati, favoriscono l'insorgenza di disturbi mentali. Alcuni di questi correlati sono imm modificabili (familiarità psichiatrica, storia pregressa di maltrattamenti e violenza), altri modificabili (suicidalità, scolarità, occupazione). Nella popolazione clinica abbiamo riscontrato come la violenza sia un fattore predittivo di compromissione del funzionamento psicosociale, insieme ad altre variabili quali lo scarso coinvolgimento con i Servizi di Salute Mentale e una debole rete sociale. Poiché tutte queste variabili sono di gestione psicosociale, i nostri risultati rafforzano il punto di vista secondo cui un intervento psico-sociale-riabilitativo di tipo globale rappresenta il miglior approccio per la prevenzione, il trattamento e la

riabilitazione di quei soggetti che hanno vissuto esperienze di violenza interpersonale.

I nostri studi sugli effetti traumatici della pandemia da COVID-19, da intendersi come un disastro naturale, hanno dimostrato come questa ha avuto un forte impatto sulla salute mentale della popolazione italiana. In linea con quanto emerso dalle evidenze delle precedenti pandemie, gli individui hanno sperimentato un importante disagio psicologico durante la fase iniziale della pandemia in termini di ansia, depressione, sintomi post-traumatici e disturbi comportamentali, quali ad esempio una maggiore violenza intrafamiliare. Alcune sottopopolazioni risultano più fragili, come gli operatori sanitari e i pazienti affetti da COVID-19; il genere femminile e i soggetti più giovani sono più colpiti. Gli effetti traumatici sono da attribuire non solo alle conseguenze dirette e indirette della malattia, ma anche, se non soprattutto, alle importanti misure di contenimento del contagio, come lockdown, isolamento e quarantena, che hanno avuto rilevanti effetti sociali, economici e relazionali. La sintesi delle conclusioni è rappresentata nella Tabella 1.

Tabella 1. Sintesi delle conclusioni		
Studio	Obiettivo	Risultato
1	individuare i modelli “diagnosi-età” e “diagnosi-genere” di perpetrazione e vittimizzazione della violenza	i disturbi di personalità si associano a maggior violenza agita, mentre i disturbi dell’umore mostrano una forte associazione con la vittimizzazione
2	indagare la relazione tra la violenza con il genere e l’età d’esordio in pazienti con gravi disturbi mentali	il genere e l’età all’esordio dei disturbi mentali sono indipendentemente associati a diversi livelli di violenza interpersonale in età adulta
3	indagare il legame tra i valori umani di base, la violenza interpersonale e la salute mentale	i valori relativi all’apertura al cambiamento e all’auto-affermazione sono correlati positivamente alla violenza interpersonale e al maltrattamento psicologico, mentre i valori relativi al “conservatorismo” sono correlati al supporto genitoriale
4	indagare la relazione esistente tra le esperienze di violenza interpersonale nel corso della vita e indicatori di funzionamento familiare	il maltrattamento psicologico è un fattore di rischio per l’espressione o l’esposizione alla violenza

5	Indagare l'impatto di diversi fattori di rischio interpersonali sui tentativi di suicidio, tra cui violenza e maltrattamenti interpersonali in età infantile, e la loro interazione con la familiarità psichiatrica	la familiarità psichiatrica rappresenta il fattore predittivo più importante per la suicidalità in età adulta; tale relazione è parzialmente mediata da esperienze di violenza interpersonale, soprattutto subita
6	esplorare la violenza interpersonale, il coinvolgimento con i Servizi di Salute Mentale e la rete sociale come possibili fattori predittivi del funzionamento psicosociale	la violenza è un fattore predittivo di compromissione del funzionamento psicosociale
7	valutare i tassi di outcome di salute mentale nella popolazione generale italiana da tre a quattro settimane dalle misure di contenimento e di esplorare l'impatto dei potenziali fattori di rischio correlati al COVID-19	il genere femminile e i soggetti più giovani sono più colpiti durante la fase iniziale della pandemia in termini di ansia, depressione, sintomi post-traumatici e disturbi comportamentali, quali ad esempio una maggiore violenza intrafamiliare
8	revisione sistematica della letteratura esistente circa l'impatto del COVID-19 sulla violenza correlata ai disturbi di personalità	la maggioranza degli studi ha riportato esiti di salute mentale peggiori durante la pandemia in soggetti con personalità disfunzionali ed esiti migliori in soggetti con tratti positivi della personalità. Inoltre, sono stati segnalati livelli aumentati di violenza interpersonale e violenza autodiretta
9	validazione della versione italiana della Psychological Maltreatment Review (PMR)	la validità di costrutto della versione italiana della PMR è stata dimostrata. Le tre scale della PMR (Abuso, Neglect e Supporto Psicologico) mostrano una buona coerenza interna.
10	indagare il ruolo della violenza interpersonale, e dei correlati demografici, personali e familiari, come fattori predittivi significativi per la salute mentale	la violenza interpersonale, sia agita che subita, e il maltrattamento psicologico infantile rappresentano eventi traumatici predittivi di esiti rilevanti per la salute mentale. Altre variabili hanno un ruolo in questa relazione (stati affettivi negativi, i principali fattori demografici, familiarità psichiatrica e la suicidalità)

Implicazioni per la pratica clinica

La complessità del fenomeno violenza/trauma interpersonale richiede un approccio al paziente che sia altrettanto complesso, ovvero che prenda in considerazione l'organizzazione gerarchica degli elementi che lo caratterizzano e l'interdipendenza degli stessi tra loro.

Il processo diagnostico e terapeutico rivolto alle vittime ed ai perpetratori di violenza interpersonale dovrebbe focalizzarsi non solo sulla definizione della diagnosi secondo il modello nosografico del DSM 5, e quindi sul miglior trattamento farmacologico da somministrare, ma anche sull'individuazione di quei correlati psicopatologici e psicosociali, intervenuti in diverse fasi della storia clinica del paziente, che possono rappresentare il target innovativo al fine di ottenere il miglior outcome possibile.

Tale approccio, che predilige la matrice dimensionale a quella categoriale, dovrebbe organizzarsi pertanto in "fasi" o "moduli" secondo una sequenza ben definita. Ciascuna "fase" o "modulo" potrebbe essere specifica per ciascun livello, ossia il livello individuale, relazionale-familiare, della comunità e il livello sociale. Il clinico o il ricercatore è chiamato, secondo questo approccio, a valutare il paziente seguendo un iter anamnestico mirato, con lo scopo di indagare la presenza o l'assenza di caratteristiche determinanti nel contesto di disturbi correlati ad esperienze traumatiche. L'individuazione, per ciascun paziente, di determinati correlati psicosociali e psicopatologici consentirebbe la progettazione del miglior trattamento integrato per quel paziente, con interventi di tipo farmacologico, psicoeducazionale, psicoterapeutico e riabilitativo.

Dunque, il percorso modulare dovrebbe valutare l'anamnesi per violenza interpersonale adottando

1. un focus individuale: valutare la «persona» oltre che il «paziente». Indagare non solo i classici sintomi psicopatologici, i comportamenti a rischio e maladattivi (importante l'uso di sostanze), ma anche gli interessi, le passioni, il sistema valoriale e gli stati affettivi. La rilevazione dei fattori demografici è importante: età, genere, scolarità, status socioeconomico, stato civile, occupazione. Fondamentale indagare i tratti di personalità, la suicidalità e l'eventuale compliance ai Servizi;

2. un focus sulla storia familiare: relazioni tra componenti familiari, funzionamento familiare, maltrattamento infantile di tipo fisico o psicologico. Anche l'accurata anamnesi sulla positività o meno per familiarità psichiatrica è rilevante;
3. un focus sulle condizioni della comunità e sociali: la scolarizzazione, la disoccupazione, la rete sociale. In generale, un focus sul funzionamento psicosociale.

Certamente in questo iter diagnostico è fondamentale separare il trauma dallo stress e prendere in considerazione la valutazione dello spettro post-traumatico, dei sintomi «fisici» e dei sintomi «dissociativi».

La determinazione degli elementi costituenti il livello individuale ha come finalità quello di progettare un trattamento farmacologico mirato per i sintomi psicopatologici lamentati dal paziente al fine di ottenere una buona stabilizzazione clinica. Consente di lavorare sulle problematiche di dipendenza da sostanze, qualora siano presenti, e su altri eventuali comportamenti a rischio (suicidalità). Permette la costituzione di obiettivi psicoterapeutici specifici, che mirino ad esempio a lavorare sulla regolazione delle emozioni, sulla negoziazione dei valori e sulla compliance ai Servizi di Salute Mentale.

Lo step successivo è quello di considerare il soggetto inserito nel suo contesto di relazioni familiari. In base all'anamnesi familiare fornita dal soggetto sono ipotizzabili percorsi di terapia familiare, così come interventi psicoeducazionali o di sostegno per i parenti.

Infine, per ogni paziente è fondamentale progettare degli interventi più globali di riabilitazione psico-sociale mirati a favorire:

- la scolarizzazione e l'occupazione;
- l'integrazione sociale;
- la costituzione di nuovi nuclei familiari.

Strategie di prevenzione

Le strategie più efficaci di prevenzione della violenza includono programmi per genitori e famiglie, educazione nella prima infanzia, programmi scolastici, interventi terapeutici o di consulenza e politiche pubbliche¹⁰⁶.

Programmi rivolti ai genitori e alla famiglia forniscono istruzione e un training ai genitori con l'obiettivo di migliorare i legami emotivi tra genitori e figli e di insegnare ai partecipanti come educare, monitorare e sorvegliare efficacemente i bambini e come potenziare l'accesso al sostegno sociale e ad altre risorse. I programmi per i bambini in cui sono inclusi protocolli che insegnano ai genitori le abilità comunicative e le abilità positive di interazione genitore-figlio e quelli che includono un gioco di ruolo attivo sembrano più efficaci. Nonostante le differenze metodologiche esistenti tra questi programmi, una revisione sistematica ha dimostrato una riduzione del 38,9% degli episodi di maltrattamento sui minori nei partecipanti all'intervento rispetto ai controlli. Benefici significativi sono stati dimostrati anche per interventi rivolti a popolazioni di adolescenti.

Le evidenze suggeriscono anche che l'educazione della prima infanzia può prevenire il coinvolgimento futuro della violenza. Questi programmi di educazione sono associati a uno sviluppo sociale ed emotivo positivo, tassi più bassi di report ufficiali di abusi e neglect sui minori, minor aggressività e problemi comportamentali.

Esistono anche evidenze sostanziali di approcci terapeutici e programmi universali di prevenzione della violenza nelle scuole. Non solo i programmi terapeutici riducono i danni correlati al trauma di aver subito violenza, ma possono anche prevenire il futuro coinvolgimento in situazioni violente. La terapia cognitivo comportamentale (CBT) e Multisistemica sono due esempi di approcci terapeutici. Questi programmi basati sulla scuola hanno dimostrato una riduzione della violenza tra pari e della violenza negli adolescenti e sono anche conveniente da un punto di vista economico.

Sebbene molti interventi a livello politico per la violenza debbano essere testati, ci sono alcune evidenze per le politiche che mirano a ridurre i danni legati all'alcool. Data la forte associazione tra l'uso di alcool e il coinvolgimento in comportamenti violenti, ci si aspetta che la riduzione del consumo di alcool sia associata alla

riduzione di forme multiple di violenza. Basandosi sui dati di alcune revisioni sistematiche, la “Community Preventive Services Task Force” raccomanda, tra le altre cose, di aumentare i prezzi degli alcolici, di limitare i giorni e gli orari consentiti di vendita, di rafforzare l’applicazione delle leggi che vietano la vendita di alcolici ai minori, lo screening e interventi brevi per i bevitori problematici. Esistono anche altri approcci a livello politico e comunitario che rappresentano strategie promettenti per prevenire molteplici forme di violenza. La violenza è più alta nelle comunità dove ci sono limitate opportunità economiche, dove ci sono alte concentrazioni di povertà e disoccupazione, dove le persone si spostano frequentemente e dove esiste una limitata disponibilità per i residenti di servizi pubblici sociali e di salute mentale e un minor numero di associazioni civili e di volontariato. Di conseguenza, gli approcci di livello politico e comunitario dovrebbero affrontare queste problematiche basandosi su approcci di rafforzamento del reddito (ad es. sussidi o trasferimenti di denaro), approcci di riqualificazione urbana, strategie di sviluppo economico e programmi di mobilità residenziale che consentano alle famiglie che vivono in ambienti svantaggiati di reinsediarsi in quartieri più avvantaggiati. È stato dimostrato che l’aumento del reddito familiare riduce l’abuso e il neglect sui minori, la violenza giovanile e violenza verso il partner.

Infine, le strategie basate sullo “spettatore” sono sempre più utilizzate per prevenire la violenza sessuale, la violenza tra adolescenti e il bullismo. Con questo approccio, i partecipanti sono addestrati a riconoscere situazioni o comportamenti potenzialmente violenti che vedono accadere; vengono quindi insegnate abilità per intervenire in sicurezza. Questo approccio cerca anche di cambiare le sottostanti norme sociali che promuovono la violenza.

Sebbene ci siano conoscenze limitate rispetto alle variabili che agiscono come fattori protettivi, alcune ricerche suggeriscono che la connessione sociale e l’efficacia collettiva a livello di comunità sono fattori protettivi che possono compensare molte delle influenze negative in ambienti svantaggiati. Questi fattori sembrano essere protettivi anche nei confronti di molteplici forme di violenza. Sebbene, ad oggi, pochi interventi in queste aree sono stati testati e valutati, è un’area promettente per la ricerca futura.

Nel contesto della gestione degli esiti di salute mentale durante i disastri naturali, come una pandemia, quanto emerso dai numerosi studi condotti fa sorgere la seguente riflessione: oltre agli sforzi a vari livelli per prevenire la diffusione della malattia, dovrebbero essere formalmente integrati nei piani di preparazione sanitaria e di risposta alle emergenze gli interventi contro la crisi psicologica.

Inoltre, le raccomandazioni basate sull'evidenza per prendersi cura della salute e del benessere mentale dovrebbero essere rese accessibili e fruibili dal pubblico. Le strategie contro il disagio psicologico dovrebbero consistere in azioni mirate ad aiutare i pazienti infetti e in quarantena, nonché in interventi rivolti alla popolazione generale e ai gruppi a più alto rischio di problemi di salute mentale.

La telemedicina e la psichiatria digitale sono il futuro della medicina nel contesto dei disastri globali, ma sono necessari miglioramenti.

APPENDICE

KAROLINSKA INTERPERSONAL VIOLENCE SCALE (KIVS)

versione italiana a cura di Talevi D, Rossi R

NOME e COGNOME _____ ID _____

I livelli di questa scala sono definiti da brevi affermazioni riguardanti I comportamenti violenti. Sull'intervista con il soggetto, usare il punteggio più alto quando una o più affermazioni possono essere applicate.	
Violenza perpetrata	
Infanzia (6-14 anni)	
0	Nessuna violenza.
1	Sporadiche risse, ma nessun motivo di allarme tra gli adulti della scuola o della famiglia.
2	Spesso coinvolto in risse.
3	Spesso provoca risse. Picchia i compagni che sono stati bullizzati. Continua a picchiare dopo che l'altro si è arreso.
4	Bullizza per primo. Picchia spesso gli altri bambini, con pugni o oggetti.
5	Causa lesioni fisiche gravi. Violento contro uno o più adulti. Il comportamento violento causa l'intervento dei servizi sociali.
Età adulta (≥15 anni)	
0	Nessuna violenza
1	Schiaffeggia o sculaccia i figli occasionalmente. Spintona o strattona il partner o un altro adulto.
2	Occasionalmente colpisce il partner o i figli. Partecipa a risse quando è ubriaco.
3	Aggredisce il partner da ubriaco o da sobrio. Ripetute punizioni corporali ai figli. Frequenti risse da ubriaco. Colpisce gli altri da sobrio.
4	Casi di abuso sessuale violento. Ripetuti pestaggi o abusi fisici di figli o partner. Aggredisce gli altri frequentemente, da sobrio o da ubriaco.
5	Ha ucciso o ha causato lesioni personali gravi. Ripetuti casi di violenza sessuale. Condannato per reati violenti.
Vittima di violenza	
Infanzia (6-14 anni)	
0	Nessuna violenza.
1	Sporadici schiaffi. Fa a botte a scuola, ma di non grande significato.
2	Bullizzato occasionalmente per brevi periodi. Occasionalmente esposto a punizioni corporali.
3	Spesso bullizzato. Frequentemente esposto a punizioni corporali. Picchiato da genitori ubriachi.
4	Ha subito bullismo per tutta l'infanzia. Picchiato dai compagni di scuola. Regolarmente picchiato da un genitore o da un adulto. Picchiato con oggetti. Abusato sessualmente.
5	Esposizione ripetuta alla violenza a casa o a scuola, con almeno un grave esito fisico. Abusi sessuali ripetuti, o abusi sessuali che abbiano esitato in una lesione fisica.
Età adulta (≥15 anni)	
0	Nessuna violenza
1	Minacciato o soggetto ad un basso livello di violenza almeno in un'occasione.
2	Picchiato dal partner occasionalmente. Vittima di scippi. Minacciato con oggetti.
3	Minacciato con un'arma. Rapinato. Picchiato da qualcuno che non sia il partner.
4	Stuprato. Percosso.
5	Stuprato ripetutamente. Percosso ripetutamente. Gravemente percosso, con lesioni fisiche gravi.

PSYCHOLOGICAL MALTREATMENT REVIEW (PMR)

John Brier, Ph.D. ©

Department of Psychiatry, Keck School of Medicine, University of Southern California

NOME e COGNOME _____
ID _____

I bambini e gli adolescenti possono esperire un'ampia gamma di eventi nelle loro famiglie e con gli altri nel periodo di crescita. Alcuni di essi potrebbero essere stati traumatizzanti e alcuni meno. Qui di seguito vi è una lista di avvenimenti che potrebbero esserti accaduti mentre stavi crescendo. Non ci sono risposte giuste o sbagliate per nessuno degli item, dato che le esperienze dell'infanzia di ciascun individuo sono diverse.

Quando avevi 17 anni o meno, quante volte ti sono capitate le seguenti cose in un anno ordinario? Rispondi separatamente per tua madre (o un'altra donna che ha vissuto con te quando eri un bambino) e tuo padre (o un altro uomo che ha vissuto con te quando eri un bambino). Se, quando eri bambino, c'erano più uomini e/o donne che vivevano con te, scegli la persona che ha vissuto con te più a lungo. Se non c'è stata nella tua vita una madre (o un'altra donna che ha vissuto con te) o un padre, non rispondere per quella persona.

0	1	2	3	4	5	6
mai	1 volta all'anno	2 volte all'anno	3-5 volte all'anno	6-10 volte all'anno	11-20 volte all'anno	più di 20 volte all'anno

	0	1	2	3	4	5	6
1. Ti ha sgridato							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ti ha lasciato solo/a per lunghi periodi di tempo, quando non avrebbe dovuto							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Era al tuo fianco quando le cose andavano male							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ti ha insultato							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ha agito come se non ci tenesse a te							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ti ha elogiato quando hai fatto qualcosa di buono							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ti ha criticato							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ti ha ignorato							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ti ha detto che ti vuole bene							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ha detto cose spregevoli su di te							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Non ha fatto cose che avrebbe dovuto fare per te							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ha fatto cose che ti hanno fatto capire che ti vuole bene							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ti ha chiamato per nome							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ha agito come se tu non ci fossi, anche se eri lì							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ti ha abbracciato							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ha detto che sei stupido/a							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Non c'era quando tu avevi bisogno di lei/lui							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ti ha portato in giro o ha fatto cose con te							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ti ha preso in giro							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Non ha fatto ciò che ha detto che avrebbe fatto per te							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ti ha incoraggiato ad avere amici							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ha cercato di farti sentire in colpa							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ti ha deluso							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ha cercato di farti sentire meglio quando eri turbato o ferito							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ti ha ridicolizzato o umiliato							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Non sembrava che ti volesse bene							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ha parlato con te							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ti ha messo in imbarazzo di fronte ad altre persone							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Non si è preso cura di te quando avrebbe dovuto							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ti ha aiutato con i compiti o con altre cose che dovevi fare							
tua madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuo padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BIBLIOGRAFIA

1. Janet P. L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Félix Alcan; 1889.
2. Freud S. Metapsicologia: La rimozione, in Opere VIII, Torino: Boringhieri; 1976.
3. Collazzoni A, Stratta P, Tosone A, Rossetti MC, D'Onofrio S, Rossi A. Different roles of resilience in a non-clinical sample evaluated for family stress and psychiatric symptoms. PAID 2016; 100: 12-15.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: Author; 2013.
5. Waelde LC, Koopman C, Rierdan J, Spiegel D. Symptoms of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder following exposure to disastrous flooding. J Trauma Dissociation 2001; 2(2): 37-52.
6. Freyd JJ. Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood trauma. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1996.
7. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol 2000; 68(5): 748-766.
8. Breslau N. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? J Clin Psychiatry 2001; 62 Suppl 17: 16-22.
9. Koss MP, Figueredo AJ, Prince RJ. Cognitive mediation of rape's mental, physical, and social health impact: Test of four models in cross-sectional data. J Consult Clin Psychol 2002; 70(4): 926-41.
10. Liotti G, Farina B. Sviluppo Traumatico. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2011.
11. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress 1992; 5: 377-392.
12. Overstreet C, Berenz EC, Kendler KS, Dick DM, Amstadter AB. Predictors and mental health outcomes of potentially traumatic event exposure. Psychiatry Res. 2017 Jan;247:296-304.
13. Bonomi, C. (2000). La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di "nevrosi traumatica" (1870-1920ca). Teoria & Modelli, n.s., V, 1-2, pp. 125-161.
14. Bogousslavsky, J. Sigmund Freud's evolution from neurology to psychiatry: Evidence from his La Salpetriere library. Neurology 2011, 77, 1391-1394.
15. van der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2003; 12(2): 293-317.
16. van der Kolk BA, Fislis R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. J Trauma Stress 1995; 8(4): 505-525.
17. van der Kolk, BA. Il Disturbo Traumatico dello Sviluppo: verso una diagnosi razionale per i bambini cronicamente traumatizzati. In: Caretti V, Craparo G. Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale. Roma: Astrolabio; 2009: p 81-93.
18. Dahlberg LL, Mercy JA, History of violence as a public health problem. Virtual Mentor. 2009 Feb 1;11(2):167-72.
19. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet 2002; 360 (9339): 1083-8.
20. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: Who Press; 2014.
21. Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S., & Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. Child Abuse & Neglect, 27(11), 1247-1258.
22. Miller GE, Chen E, Parker KJ. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. Psychol Bull 2011; 137(6): 959-997.
23. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998 May; 14(4): 245-58.
24. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Med. 2012;9.
25. Simmons J, Wijma B, Swahnberg K. Lifetime co-occurrence of violence victimization and symptoms of psychological ill health: a cross-sectional study of Swedish male and female clinical and population samples. BMC Public Health 2015; 15(1): 979.
26. Meng X, D'Arcy C. Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis. BMC Psychiatry. 2016;16:401.
27. Szalacha LA, Hughes TL, Mcnair R, Loxton D. Mental health, sexual identity, and interpersonal violence: Findings from the Australian longitudinal Women's health study. BMC Womens Health. 2017;17:1-11.
28. Sugaya L, Hasin D, Olfson M. Child physical abuse and adult mental health: a national study. J Trauma Stress. 2012 Aug;25(4):384-92.
29. Boyda D, McFeeters D. Childhood maltreatment and social functioning in adults with sub-clinical psychosis. Psychiatry Res. 2015;226:376-82.
30. Rome ES. Eating disorders: uncovering a history of childhood abuse? Epidemiology. 2004;15:262-3.
31. Widom CS, Czaja SJ, Dutton MA. Childhood victimization and lifetime revictimization. Child Abus Negl. 2008;32:785-96.
32. Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. Monogr Soc Res Child Dev. 1994;59(2-3):73-100.

33. Dunn EC, Nishimi K, Gomez SH, Powers A, Bradley B. Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful? *J Affect Disord*. 2018 Feb;227:869-877.
34. Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366.
35. Jennissen, S., Holl, J., Mai, H., Wolff, S., & Barnow, S. (2016). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. *Child Abuse and Neglect*, 62, 51–62.
36. Miller, D. J., Vachon, D. D., & Aalsma, M. C. (2012). Negative affect and emotion dysregulation: Conditional relations with violence and risky sexual behavior in a sample of justice-involved adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 39(10), 1316–1327.
37. Dankoski, M. E., Keiley, M. K., Thomas, V., Choice, P., Lloyd, S. A., & Seery, B. L. (2006). Affect Regulation and the Cycle of Violence Against Women: New Directions for Understanding the Process. *Journal of Family Violence*, 21(5), 327–339.
38. Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 349–363.
39. Siegel, J. P. (2013). Breaking the links in intergenerational violence: An emotional regulation perspective. *Family Process*, 52(2), 163–178.
40. Smith, A. L., Cross, D., Winkler, J., Jovanovic, T., & Bradley, B. (2014). Emotional dysregulation and negative affect mediate the relationship between maternal history of child maltreatment and maternal child abuse potential. *Journal of Family Violence*, 29(5), 483–494.
41. Chan, H., & Chui, W. (2012). Psychological correlates of violent and non-violent Hong Kong juvenile probationers. *Behavioral Sciences & the Law*, 30, 103–120.
42. Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 1–65). San Diego, CA: Academic Press..
43. Stanghellini, G., & Ballerini, M. (2007). Values in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 131–141.
44. Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Torres, C., Dirilen-Gumus, O., & Butenko, T. (2017). Value tradeoffs propel and inhibit behavior: Validating the 19 refined values in four countries. *European Journal of Social Psychology*, 47, 241–258.
45. Seddig, D., & Davidov, E. (2018). Values, attitudes toward interpersonal violence, and interpersonal violent behavior. *Frontiers in Psychology*, 9(9), 604.
46. Sundberg, R. (2014). Violent values: Exploring the relationship between human values and violent attitudes. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 20, 68–83.
47. Maercker, A., Zhang, X. C., Gao, Z., Kochetkov, Y., Lu, S., Sang, Z., ... Margraf, J. (2015). Personal value orientations as mediated predictors of mental health: A three-culture study of Chinese, Russian, and German university students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 8–17.
48. Elbogen, E. B., & Johnson, S. C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152.
49. Stuart H. Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*. 2003;2:121–4.
50. Harford TC, Chen CM, Kerridge BT, Grant BF. Self- and other-directed forms of violence and their relationship with lifetime DSM-5 psychiatric disorders : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol Related Conditions – III (NESARC – III). *Psychiatry Res*. 2018;262:384–92.
51. Desmarais SL, Dorn RA Van, Johnson KL, Grimm KJ, Douglas KS, Swartz MS. Community Violence Perpetration and Victimization Among Adults With Mental Illnesses. *Am J Public Health*. 2014;104:2342–9.
52. Hamberger LK. Men’s and Women’s Use of Intimate Partner Violence in Clinical Samples: Toward a Gender-Sensitive Analysis. *Violence Vict*. 2005;20:131–51.
53. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;10:1925–39.
54. Khalifeh H, Dean K. Gender and violence against people with severe mental illness. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22:535–46.
55. Sorrentino R, Friedman SH, Hall R. Gender Considerations in Violence. *Psychiatr Clin North Am*. 2016;39:701–10.
56. Rueve ME, Welton RS. Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont)* 2008; 5(5): 34-48.
57. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012; 7(12): e51740.
58. de Waal, M. M., Dekker, J. J. M., Kikkert, M. J., Kleinhesselink, M. D., & Goudriaan, A. E. (2017). Gender differences in characteristics of physical and sexual victimization in patients with dual diagnosis: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 270.
59. Nicolò G, Pompili E, Silvestrini C. *Manuale di psichiatria territoriale*. 2012, Pacini Editore: Pisa
60. Steinert T, Whittington R. A bio-psycho-social model of violence related to mental health problems. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(2):168-75.
61. Silver E. Understanding the relationship between mental disorder and violence: the need for a criminological perspective. *Law Hum Behav* 2006;30(6): 685-706.

62. Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Aggress Confl Peace Res* 2011; 3(2): 63-73.
63. Helfrich CA, Fujiura GT, Rutkowski-Kmitta V (2008) Mental health disorders and functioning of women in domestic violence shelters. *J Interpers Violence*. 23:437–453.
64. Martin SL, Rentz ED, Chan RL, Givens J, Sanford CP, Kupper LL, Garrettson M, Macy RJ (2008) Physical and Sexual Violence Among North Carolina Women. Associations with Physical Health, Mental Health, and Functional Impairment. *Women's Heal Issues*. 18: 30–140.
65. McCaw B, Golding JM, Farley M, Minkoff JR (2007) Domestic Violence and Abuse, Health Status, and Social Functioning. *Women Health*. 45:1–23.
66. Rees S, Silove D, Chey T, Ivancic L, Steel Z, Creamer M, Teesson M, Bryant R, McFarlane AC, Mills KL, Slade T, Carragher N, O'Donnell M, Forbes D (2011) Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. *JAMA*. 306:513–521.
67. Zlotnick C, Johnson DM, Kohn R (2006) Intimate Partner Violence and Long-Term Psychosocial Functioning in a National Sample of American Women. *J Interpers Violence*. 21:262–275.
68. Haahr UH, Larsen TK, Simonsen E, Rund BR, Joa I, Rossberg JI, Johannessen JO, Langeveld J, Evensen J, Trauelsen AMH, Vaglum P, Opjordsmoen S, Hegelstad W ten V, Friis S, McGlashan T, Melle I (2018) Relation between premorbid adjustment, duration of untreated psychosis and close interpersonal trauma in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 12:316–323.
69. Stain HJ, Brønnick K, Hegelstad WT V, Joa I, Johannessen JO, Langeveld J, Mawn L, Larsen TK (2014) Impact of interpersonal trauma on the social functioning of adults with first-episode psychosis. *Schizophr Bull*. 40:1491–1498.
70. Trauelsen AM, Bendall S, Jansen JE, Nielsen HGL, Pedersen MB, Trier CH, Haahr UH, Simonsen E (2016) Childhood adversities: Social support, premorbid functioning and social outcome in first-episode psychosis and a matched case-control group. *Aust N Z J Psychiatry*. 50:770–782.
71. Thornberry TP, Knight KE, Lovegrove PJ. Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma Violence Abuse* 2012; 13(3): 135–152.
72. Egeland B, Susman-Stillman A. Dissociation as a mediator of child abuse across generations. *Child Abuse Negl* 1996; 20(11): 1123-1132.
73. De Gregorio LJ. Intergenerational transmission of abuse: implications for parenting interventions from a neuropsychological perspective. *Traumatology* 2012; 19(2): 158-166.
74. Bland VJ, Lambie I, Best C. Does childhood neglect contribute to violent behavior in adulthood? A review of possible links. *Clin Psychol Rev* 2018; 60: 126-135.
75. Talevi D, Imburgia L, Luperini C, et al. Interpersonal violence: identification of associated features in a clinical sample. *Child Abuse Negl* 2018; 86: 349-357.
76. Bell K, Higgins L. The impact of childhood emotional abuse and experiential avoidance on maladaptive problem solving and intimate partner violence. *Behav Sci (Basel)* 2015;5(2): 154-175.
77. Hibbard R, Barlow J, MacMilla H. Psychological maltreatment. *Pediatrics* 2012; 130(2): 372–8.
78. Loewenstein RJ. Dissociation of the "bad" parent, preservation of the "good" parent. *Psychiatry* 2004; 67(3):256-260.
79. Miles JM. Disengagement: The influence of family dysfunction and childhood trauma. Thesis (Ph.D.) University of Illinois at Urbana-Champaign; 2000.
80. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielsens O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015 Jun 10;10(6):e0128536.
81. Cowman S, Björkdahl A, Clarke E, Gethin G, Maguire J; European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Serv Res*. 2017 Jan 19;17(1):59.
82. Swanson JW, McGinty EE, Fazel S, Mays VM. Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Ann Epidemiol*. 2015 May;25(5):366-76.
83. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(7):761e70.
84. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res*. 2005 Sep 15;136(2-3):153-62.
85. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:393e401.
86. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:490e9.
87. Jokinen, J., Forslund, K., Ahnemark, E., Gustavsson, J., Nordström, P., & Asberg, M. (2010). Karolinska Interpersonal Violence Scale predicts suicide in suicide attempters. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1025–1032.
88. Talevi D, Pacitti F, Parnanzone S, Crescini C, Lucaselli A, Costa M, Rossi R. The Karolinska Interpersonal Violence Scale, Italian version. *Journal of Psychopathology* 2019;25(2):115-119.
89. Douglas KS. Version 3 of the historical-clinical-risk management-20 (HCR-20V3): relevance to violence risk assessment and management in forensic conditional release contexts. *Behav Sci Law*. 2014 Sep;32(5):557-76.
90. Conti L. Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria. Firenze: See Editore. 2002.
91. Rubin JG. The psychological effects of quarantining a city. *BMJ* 2020; 368: m313.

92. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912-20.
93. Taylor S. *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019.
94. Dong M, Zheng J. Letter to the editor: headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of CoViD-19. *Health Expect* 2020; 23: 259-60.
95. Talevi D, Succi V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, di Bernardo A, Capelli F, Pacitti F. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di Psichiatria* 2020;55(3):137-144.
96. Talevi D, Pacitti F, Succi V, Renzi G, Alessandrini MC, Trebbi E, Rossi R. The COVID-19 outbreak: impact on mental health and intervention strategies. *Journal of psychopathology* 2020; 26:162-168.
97. Talevi D, Collazzoni A, Rossi A, Stratta P, Mazza M, Pacitti F, Costa M, Crescini C, Rossi R. Cues for different diagnostic patterns of interpersonal violence in a psychiatric sample: an observational study. *BMC Psychiatry*. 2020 May 1;20(1):196.
98. Talevi D, Pacitti F, Rossi A, Costa M, Succi V, Rossi R. Violence in severe mental disorders: the association with age at onset and gender. *Riv Psichiatr* 2023 Jan-Feb;58(1):27-29.
99. Rossi A, Talevi D, Collazzoni A, Parnanzone S, Stratta P, Rossi R (2019): From Basic Human Values to Interpersonal Violence: A Mental Illness Sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2020; 29(3):259-271.
100. Talevi D, Imburgia L, Luperini C, Zanca A, Collazzoni A, Rossi R, Pacitti F, Rossi A. Interpersonal violence: identification of associated features in a clinical sample. *Child Abuse & Neglect*. 2018;86:349-57.
101. Rossi R, Talevi D, Gregori E, Quarta E, Lucaselli A, Pacitti F. Early interpersonal violence mediates the effect of family history of mental disorder on suicide attempts in a non-clinical sample. *Rivista di Psichiatria* 2020; 55(1): 37-40.
102. Talevi D, Pacitti F, Costa M, Rossi A, Collazzoni A, Crescini C, Rossi R. Further exploration of personal and social functioning: the role of interpersonal violence, service engagement and social network. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2019 Oct;207(10):832-837.
103. Rossi R, Succi V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, Di Marco A, Rossi A, Siracusano A, Di Lorenzo G. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry* 11:790. doi: 10.3389/fpsy.2020.00790.
104. Di Stefano R, Di Pietro A, Talevi D, Rossi A, Succi V, Pacitti F, Rossi R. Personality disorders (PD) and interpersonal violence (IV) during COVID-19 pandemic: a systematic review. *Ann Gen Psychiatry* 21, 11 (2022).
105. Pacitti F, Talevi D, Riccobono G, Imburgia L, Succi V, Stratta P, Rossi R. An Italian validation of the Psychological Maltreatment Review (PMR). *Rivista di Psichiatria* 2020;55(3):175-182.
106. Sumner, S. A., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., Hillis, S. D., Klevens, J., & Houry, D. (2015). Violence in the United States: Status, challenges, and opportunities. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 314(5), 478–488.