



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Università degli Studi di Padova**

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Corso di Laurea Triennale in  
Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

**Sintomatologia traumatica e violenza di genere:  
uno studio nella popolazione generale**

Relatore:

Prof. Meneguzzo Paolo

Laureando/a:

Miccoli Sara

Matricola: 2047311

ANNO ACCADEMICO 2023/24



*Mamma, non piangere le mie ceneri.  
Se domani tocca a me, mamma  
Se domani non torno, distruggi tutto.  
Se domani tocca a me, voglio essere l'ultima.  
(Cristina Torres Cáceres)*



## **Indice**

<b>Abstract</b> .....	1
<b>Introduzione</b> .....	2
<b>Capitolo 1. La violenza di genere</b> .....	4
1.1 Definizioni e tipologie di violenza di genere.....	4
1.2 Aspetti storici della violenza di genere.....	5
1.3 Epidemiologia del fenomeno.....	6
1.4 Conseguenze derivanti dalla violenza di genere.....	6
1.4.1 Salute fisica.....	7
1.4.2 Salute mentale.....	8
<b>Capitolo 2. La sintomatologia post-traumatica: Disturbo Acuto da Stress e Disturbo da Stress Post-Traumatico</b> .....	10
2.1 Definizione di Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) .....	11
2.2 Criteri diagnostici del Disturbo da Stress Post-Traumatico secondo il DSM-V ...	12
2.3 Definizione di Disturbo Acuto da Stress (ASD) .....	14
2.4 Criteri diagnostici del Disturbo Acuto da Stress secondo il DSM-V .....	15
2.5 Epidemiologia, andamento della patologia e comorbidità.....	17
<b>Capitolo 3. Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nei casi di violenza di genere</b> .....	19
3.1 Fattori di rischio e prevenzione.....	20
3.2 Trattamenti.....	22
<b>Capitolo 4. Studio degli effetti della violenza interpersonale</b> .....	26
4.1 Metodi.....	26
4.2 Obiettivi della ricerca.....	26
4.3 Strumento e procedure di raccolta dati.....	26
4.3 Tecniche di classificazione e di analisi dei dati.....	28
<b>Capitolo 5. Risultati</b> .....	30
5.1 Descrizione del campione.....	30
5.2 Test di Mann Whitney.....	32
5.3 Regressioni lineari e lineari.....	35
5.4 Sottocampione vittime di violenza emotiva, sessuale e fisica.....	36
5.5 Discussione.....	38
<b>Capitolo 6. Considerazioni finali</b> .....	39
6.1 Limiti.....	39

6.2 Punti di forza.....	39
6.3 Direzioni future di ricerca.....	40
<b>Conclusioni.....</b>	<b>41</b>
<b>Bibliografia e Sitografia.....</b>	<b>43</b>
<b>Ringraziamenti.....</b>	<b>47</b>

## **Abstract**

**Obiettivo:** dimostrare la correlazione tra violenza interpersonale e sviluppo di sintomatologia post-traumatica delle donne che riportano episodi di violenza.

**Metodi:** somministrazione di un questionario creato ad hoc dal Dipartimento di Psicologia Generale e di Neuroscienze dell'Università di Padova. All'indagine hanno preso parte 150 donne, di cui 49 non riportano episodi di violenza, mentre le altre 101 ne sono state vittime. Sono state raccolte informazioni sulle caratteristiche del campione e sulla sintomatologia sviluppata, servendosi delle scale SCL-58, TSI e SF-12. È stata eseguita un'analisi statistica utilizzando il test di Mann-Whitney e le regressioni lineari.

**Risultati:** la maggior parte delle donne hanno dichiarato di essere state vittime di violenza emotiva. Sono stati ottenuti risultati statisticamente significativi in molte delle aree prese in considerazione. È stato possibile riscontrare una correlazione tra sintomatologia post-traumatica e l'essere stati vittima di violenza emotiva, fisica o sessuale.

**Conclusioni:** viene sottolineata la necessità di implementare interventi di tipo terapeutico-riabilitativo specifici per le donne che sono state vittime di violenza interpersonale.

---

**Objective:** to demonstrate the correlation between interpersonal violence and the development of post-traumatic symptoms in women who report episodes of violence.

**Methods:** administration of a questionnaire created by the Department of General Psychology and Neuroscience of the University of Padua. The survey involved 150 women, of whom 49 reported no violence, while 101 were victims. Information on the characteristics of the sample and the symptomatology was collected using the SCL-58, TSI and SF-12 scales. A statistical analysis was performed using the Mann-Whitney test and linear regressions.

**Results:** most women reported having been victims of emotional violence. Statistically significant results have been obtained in many of the areas considered. It was possible to find a correlation between post-traumatic symptoms and being victim of emotional, physical or sexual violence.

**Conclusions:** it is important to implement specific therapeutic and rehabilitation interventions for women who have been victims of interpersonal violence.

## **Introduzione**

La violenza contro le donne rappresenta una grave violazione dei diritti umani e un problema di salute pubblica a livello mondiale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), una donna su tre ha subito violenza fisica o sessuale almeno una volta nella vita. Queste esperienze traumatiche oltre a causare danni fisici immediati, possono ripercuotersi negativamente sulla salute mentale delle vittime, anche molto gravemente e in maniera duratura nel tempo.

Uno degli effetti psicologici più rilevanti e discussi in letteratura della violenza di genere è il Disturbo da Stress Post-Traumatico (definito in inglese come Post-Traumatic Stress Disorder, in forma abbreviata PTSD), una condizione psichiatrica che può insorgere conseguentemente al vissuto in prima o in terza persona di eventi traumatici. Il PTSD è caratterizzato da sintomi quali ricordi intrusivi, evitamento, alterazioni cognitive e dell'umore ed ipervigilanza. Numerosi studi hanno evidenziato una correlazione significativa tra la violenza sulle donne e l'insorgenza del PTSD, ma le dinamiche esistenti tra queste due componenti richiedono specifici approfondimenti.

Questa tesi si propone di esaminare e dimostrare la correlazione tra violenza sulle donne e sintomatologia post-traumatica, analizzando in primo luogo la violenza di genere sia per quanto riguarda le variabili storiche, sociali e psicologiche, sia facendo riferimento all'impatto che tale forma di violenza può avere sulla salute mentale e fisica delle vittime.

In un secondo momento verranno invece prese in considerazione le psicopatologie del PTSD e del Disturbo Acuto da Stress (abbreviato ASD), in quanto sono i due disturbi che, con i loro criteri diagnostici, più si avvicinano alla descrizione della sintomatologia post-traumatica; in questa parte viene inoltre tenuta in considerazione tutta la parte che fa riferimento all'epidemiologia di tali disturbi.

Nel terzo capitolo del presente elaborato, sarà invece introdotta la figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, concentrandosi sul suo possibile ruolo in questo specifico ambito: saranno illustrate da un lato, le possibili campagne di prevenzione utili ad evitare l'insorgenza del PTSD e dall'altro gli interventi riabilitativi finalizzati al raggiungimento della Recovery delle vittime.



I restanti capitoli si concentreranno invece sull'analisi e la discussione di alcuni dati estratti dal questionario *Violenza interpersonale ed esperienza del proprio corpo: uno studio esplorativo* creato ad hoc per questa ricerca: tale indagine è stata divulgata e fatta compilare ad un campione più vasto possibile, al fine di comprendere meglio come la violenza di genere sia correlata allo sviluppo della sintomatologia post-traumatica e come questa sia predittiva di una buona o di una scarsa qualità in termini di salute mentale e fisica delle vittime.

L'obiettivo di questa ricerca è non solo di fornire una panoramica dettagliata della correlazione tra violenza sulle donne e la sintomatologia post-traumatica, ma anche di sensibilizzare l'opinione pubblica e i professionisti del settore sull'importanza di riconoscere e trattare adeguatamente le conseguenze sulla salute mentale della violenza di genere. Solo attraverso un approccio multidisciplinare e integrato sarà possibile affrontare efficacemente questo problema complesso e contribuire al miglioramento della qualità di vita delle donne che ne sono vittime.

## Capitolo 1. La violenza di genere

### 1.1 Definizioni e tipologie di violenza di genere

La violenza di genere è un fenomeno complesso e molto diffuso che colpisce maggiormente le donne, ma che può coinvolgere anche altre identità di genere. Essa si manifesta attraverso una serie di comportamenti discriminatori, violenti e abusivi fondati sulla disparità di potere tra i generi intrisa nella nostra società. Nello specifico, la violenza contro le donne rientra nella categoria della violenza di genere che, a sua volta, fa parte del grande gruppo della Violenza Interpersonale (definita in inglese come *Inter-Personal Violence*, in forma abbreviata IPV). Questo fenomeno risulta essere ancora tutt'oggi un forte problema di sanità pubblica, oltre che una grave violazione dei diritti umani.

Il 20 Dicembre 1993 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, con la risoluzione 48/104, all'articolo 1 definisce la violenza di genere come un "qualsiasi atto di violenza fondata sul genere che comporti, o abbia probabilità di comportare, sofferenze o danni fisici, sessuali o mentali per le donne, incluse le minacce di tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia che si verifichi nella sfera pubblica che in quella privata". La Convenzione di Istanbul nel 2011 amplia questa definizione includendo all'articolo 3 "[...] la violenza diretta contro una donna in quanto tale, o che colpisce le donne in modo sproporzionato". Questo riconoscimento implica che la violenza di genere è spesso diretta contro le donne non solo per il loro sesso, ma anche per il ruolo di genere che viene loro attribuito socialmente. Come sottolineato dalla definizione delle Nazioni Unite, la violenza di genere non è limitata agli atti fisici, ma include anche forme di violenza psicologica, economica e sociale. La violenza di genere, quindi, può assumere diverse forme, ciascuna con impatti significativamente negativi sulla qualità di vita delle vittime:

1. violenza fisica: comporta l'uso della forza fisica contro un'altra persona, causando danni fisici ad esempio tramite percosse, strangolamento o aggressioni;
2. violenza sessuale: include qualsiasi atto sessuale imposto a una persona senza il suo consenso, come lo stupro, le molestie sessuali, lo sfruttamento sessuale e la mutilazione genitale femminile;
3. violenza psicologica: si riferisce a tutti quei comportamenti che causano danni emotivi o mentali, come la manipolazione, il controllo coercitivo, le minacce, l'umiliazione, l'isolamento e lo stalking;

4. violenza economica: riguarda il controllo o la privazione delle risorse economiche, finalizzato a rendere la vittima dipendente finanziariamente dall'abusante. Può includere ad esempio il controllo del denaro, il divieto di lavorare o di studiare e la privazione dei beni essenziali;
5. violenza sociale: consiste nell'isolare socialmente la vittima, impedendole di mantenere relazioni con amici, famiglia o comunità, al fine di aumentarne la vulnerabilità e la dipendenza dall'abusante;
6. violenza digitale: si tratta di una forma emergente di violenza che utilizza le tecnologie dell'informazione per molestare, intimidire o controllare la vittima, attraverso il cyberstalking, la diffusione di contenuti privati senza consenso e altre forme di abuso online.

La violenza di genere è perciò una violazione dei diritti umani e rappresenta un grave ostacolo al raggiungimento dell'uguaglianza di genere. Al fine di implementare strategie adattive e funzionali di prevenzione del fenomeno e d'intervento, è fondamentale essere a conoscenza delle diverse forme di violenza di genere, in modo da poter supportare le vittime in maniera adeguata e personalizzata nel loro percorso di guarigione e reintegrazione nella società.

## **1.2 Aspetti storici della violenza di genere**

Nonostante la violenza di genere ponga le sue radici storiche in epoche che risalgono a molto tempo fa, essa continua ad influenzare le società di tutto il mondo, rendendo complicata l'eradicazione totale di questo fenomeno. Dedicare una piccola parte di questo scritto alla comprensione di tali radici storiche, risulta essere di fondamentale importanza al fine di affrontare efficacemente la violenza di genere che si manifesta ancora al giorno d'oggi, riconoscendo come le disuguaglianze di potere tra generi siano state storicamente costruite e tramandate di generazione in generazione (Caribbean Studies Association, 2021). In molte culture antiche, a causa delle norme patriarcali, la subordinazione del genere femminile a quello maschile si consolidò tanto da giustificare la violenza contro le donne come un giusto mezzo di controllo. Durante il periodo coloniale, queste dinamiche si intensificarono ancora di più: questo è il periodo in cui troviamo le donne indigene schiavizzate e soggette a violenze sessuali e abusi sistematici, dei quali spesso non ne veniva riconosciuta la gravità o non erano considerati come reato dalle strutture legali dell'epoca (Hari Seshasayee, 2019). Durante il corso del XIX e del XX secolo, nonostante iniziassero a farsi spazio i primi movimenti per i diritti delle donne e contro

la violenza sessuale, la legislazione contro la violenza di genere non fece grandi passi in avanti: ad esempio, le prime leggi contro lo stupro negli Stati Uniti d'America furono fortemente influenzate dai pregiudizi razziali e di genere, tanto da lasciare in condizioni di forte vulnerabilità principalmente le donne di colore (Tulane University All In, *Timeline of the History of Sexual Violence in the U.S.*).

### **1.3 Epidemiologia del fenomeno**

Dalla breve analisi riguardante le radici storiche del fenomeno della violenza di genere, è possibile accorgersi del fatto che, nonostante anche gli uomini siano vittime di violenza, la frequenza di tale fenomeno e le conseguenti lesioni riportate sono più gravi nella popolazione femminile. Secondo uno studio pubblicato nel 2023, infatti, quasi una donna su tre ha subito violenza sessuale almeno una volta nel corso della propria vita (Liqing Li et al., 2023). Tale ricerca è stata rivolta a circa 75.000 donne di età pari o superiore a 14 anni e si è svolta in un arco temporale di quasi 20 anni, dal 2001 al 2019. I dati ottenuti dal 2010 al 2019 dimostrano che la frequenza della violenza di genere rivolta contro le donne è superiore rispetto a quella registrata nel periodo tra il 2001 e il 2009: questo indica il fatto che la violenza contro le donne nella nostra società è un problema sempre più emergente. Inoltre, il tasso di frequenza del fenomeno ottenuto nei paesi in via di sviluppo è risultato più elevato rispetto a quello dei paesi sviluppati: è quindi possibile che tale incidenza aumenti nei paesi in cui la popolazione femminile viene considerata più debole e spettante di meno diritti rispetto a quella maschile. Nel 2014, anche il Ministero della Salute con l'Informativa OMS n. 239 ha confermato questi dati, soffermandosi sull'eventuale ruolo che i partner delle vittime possono ricoprire. In tale Informativa viene affermato che in tutto il mondo il 35% delle donne nel corso della propria esistenza ha subito violenza da parte del partner o violenza sessuale da persone diverse dal partner. Inoltre, a livello mondiale, il 38% degli omicidi ai danni delle donne viene commesso dal partner (Ministero della Salute, Informativa n. 239, 2014). Gli autori di violenza, infatti, sono più spesso i coniugi delle vittime, i partner, i genitori o altri membri della famiglia. Questo comporta una sotto-registrazione di tali eventi in quanto le vittime tendono a nascondere per vergogna o per paura di possibili ritorsioni: solo un terzo delle donne, infatti, prende in considerazione la possibilità di chiedere aiuto.

### **1.4 Conseguenze derivanti dalla violenza di genere**

La violenza di genere, oltre ad essere un fenomeno molto grave per definizione, non ha solo a che fare con l'atto vero e proprio di compiere delle azioni violente, ma porta anche

con sé tutta una serie di conseguenze che possono manifestarsi sia a livello fisico che a livello psicologico nella persona che la subisce. Il Ministero della Salute, infatti, sempre nel testo dell'Informativa n. 239 del 2014 cita come conseguenze della violenza contro le donne problemi di salute fisica, mentale, sessuale, riproduttiva e di altra natura (Ministero della Salute, 2014). La conseguenza a livello psicologico più diffusa è il Disturbo da Stress Post-Traumatico (in inglese *Post-Traumatic Stress Disorder*, abbreviato PTSD), di cui se ne discuterà ampiamente nel secondo capitolo di tale elaborato e che si manifesta in più della metà delle donne vittime di violenza. Vengono anche riscontrati ansia e pensieri suicidi. Le conseguenze a livello fisico comprendono invece dolore cronico, traumi genitali, gravidanze indesiderate e varie infezioni trasmesse sessualmente. Questi effetti possono compromettere in modo significativo la qualità di vita delle persone colpite, influenzandone la capacità di funzionare adeguatamente nella vita quotidiana.

#### **1.4.1 Salute fisica**

La violenza di genere ha conseguenze significative sulla salute fisica delle vittime, spesso con effetti a lungo termine che possono influenzare profondamente la loro qualità di vita. Tra queste, il dolore cronico, le gravidanze indesiderate e le infezioni sessualmente trasmesse (abbreviato IST) sono tra le problematiche più comuni e debilitanti per le vittime.

Le vittime di violenza di genere sono frequentemente esposte a traumi fisici che possono portare allo sviluppo di dolore cronico. Tale problematica è definita come “un tipo di dolore che persiste o recidiva per un periodo maggiore a tre mesi, persiste per più di un mese dopo la risoluzione di un danno tissutale acuto o si associa a una lesione che non guarisce” (James C. Watson, 2022). Questo tipo di dolore può essere localizzato in una precisa parte del corpo oppure diffuso. Secondo uno studio pubblicato sulla rivista *Journal of Women's Health*, il 70% delle donne che hanno subito violenza riportano dolore cronico a causa delle lesioni fisiche subite e dello stress associato alla violenza; le regioni del corpo maggiormente interessate dal dolore sono la schiena, il capo e i genitali (Wuest J., 2010).

Tra le forme di violenza di genere rientra, come visto in precedenza, la violenza sessuale. Anche quest'ultima porta con sé problematiche di salute fisica, in quanto aumenta in modo significativo il rischio di gravidanze indesiderate e di contrarre IST. Uno studio pubblicato nel 2002 da Campbell et al., ha evidenziato che le donne che subiscono violenza sessuale hanno un rischio significativamente maggiore di sperimentare

gravidezze indesiderate rispetto a chi non ha subito violenza. Inoltre, la gravidanza derivante da un atto di violenza sessuale può avere ripercussioni gravi sulla salute mentale e fisica della donna, compreso un aumento del rischio di complicazioni durante la gravidanza e il parto, e un maggiore rischio di aborto spontaneo. Le vittime di violenza sessuale, inoltre, sono a elevato rischio di contrarre IST, inclusi HIV, herpes genitale, clamidia e gonorrea. Questo rischio è amplificato dal fatto che spesso la violenza avviene senza l'uso di metodi protettivi o contraccettivi e che le vittime potrebbero non cercare cura immediata per paura, vergogna o isolamento sociale. Secondo uno studio condotto da Garcia-Moreno et al. (2006) e pubblicato su *The Lancet*, le donne che hanno subito violenza sessuale hanno un rischio notevolmente più alto di contrarre IST, incluso l'HIV, rispetto a chi non ha subito violenza. Le IST non trattate possono portare a complicazioni a lungo termine come infertilità, malattia infiammatoria pelvica e un rischio aumentato di trasmissione del virus dell'HIV.

#### **1.4.2 Salute mentale**

Quando si parla delle ripercussioni sulle vittime della violenza di genere, spesso si tende a focalizzarsi sulle conseguenze fisiche, trascurando l'impatto altrettanto devastante sulla salute mentale delle vittime. Comprendere queste dinamiche risulta utile per fornire supporto adeguato alle vittime, per sviluppare strategie di prevenzione efficaci e per responsabilizzare la società. Le persone che subiscono violenza di genere, infatti, non solo affrontano danni corporei, ma si trovano a dover fronteggiare una serie di disturbi psicologici che contribuiscono ad un forte abbassamento del loro benessere e della loro qualità di vita. Sintomatologie tipiche della depressione, dell'ansia, del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), oppure sentimenti di colpa e vergogna, sono le conseguenze psicologiche più comuni. A sostegno di quanto appena affermato, è stato condotto uno studio tra donne di età compresa tra i 18 e i 59 anni che hanno subito violenza da parte del partner. Tra i disturbi non psicotici riscontrati è prevalsa la depressione, seguita dal PTSD; sono stati riscontrati inoltre stress, ideazione suicidaria, diminuzione dell'energia vitale, sintomi somatici, automutilazione, ansia e disturbi del sonno (Santos A. et al., 2018). Nelle seguenti righe saranno rese note le conseguenze della violenza di genere andando ad analizzare nello specifico il PTSD e i Disturbi del Comportamento Alimentare (abbreviato DCA).

Numerosi sono gli studi che indagano la possibile correlazione tra violenza di genere e successivo sviluppo del PTSD. Uno di questi è stato condotto tra 317 donne adulte vittime

di violenza e ha dimostrato che circa il 38% di esse ha sviluppato un PTSD nei sei mesi successivi all'esposizione alla violenza fisica (Tiihonen Möller A. et al., 2014). Nello specifico, le donne vittime di violenza che hanno sviluppato un PTSD soffrono di sintomi intensi e caratteristici di tale disturbo come il vivido ricordo dell'evento traumatico, l'evitamento di posti o stimoli che rievocano il trauma e iperreattività agli stimoli (American Psychiatric Association, 2000). In correlazione a tutti i sintomi appena elencati, si trova anche spesso l'auto-attribuzione da parte della vittima di sentimenti di colpa (Ullman S. et al., 2007).

Il trauma interpersonale è inoltre un fattore di rischio per lo sviluppo di Disturbi del Comportamento Alimentare (Brewerton T. & Brady K., 2014). Secondo quanto riportato dal DSM V, la categoria dei DCA comprende tutti quei disturbi psichiatrici invalidanti che sono caratterizzati da un comportamento disfunzionale riguardo il cibo, una percezione del proprio corpo alterata e una conseguente preoccupazione per il proprio peso e aspetto fisico. Effettivamente, come hanno riferito alcune donne vittime di violenza partecipanti ad uno studio condotto da Wong S. e Chang J. nel 2016, nei casi riguardanti la violenza di genere il cibo viene spesso utilizzato come strategia disfunzionale di distrazione temporanea per gestire il disagio psicologico associato all'evento traumatico.

## **Capitolo 2. La sintomatologia post-traumatica: Disturbo Acuto da Stress e Disturbo da Stress Post-Traumatico**

Al fine di comprendere tutte le informazioni che saranno analizzate in questa tesi, è utile partire con la definizione di stress, in modo da ottenere un quadro chiaro di quanto si andrà a discutere nelle prossime pagine.

L'Istituto Superiore di Sanità (2019) definisce lo stress come “la risposta psicologica e fisiologica che l'organismo mette in atto nei confronti di compiti, difficoltà o eventi della vita valutati come eccessivi o pericolosi”. Sempre l'Istituto Superiore di Sanità identifica come “eventi stressanti”, noti anche come *stressors*, tutti i fattori che portano allo stress e in cui rientrano, ad esempio, eventi di vita, fattori ambientali e fattori biopsicosociali.

Lo stress attiva due reazioni principali a livello del sistema endocrino: l'aumento della noradrenalina per reagire adeguatamente alla situazione di pericolo e l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene in quanto coordinatore centrale di risposta allo stress. Lo stress inoltre può portare ad una modificazione della funzione della corteccia prefrontale, lasciando il controllo alle parti del cervello filogeneticamente più antiche e quindi più direttamente collegate alla sopravvivenza. La corteccia prefrontale, infatti, è la parte più evoluta del cervello e ha la funzione di regolare i pensieri, le azioni e le emozioni attraverso una fitta rete di connessioni con le altre aree cerebrali. Il normale funzionamento della corteccia prefrontale viene definito *top-down regulation* poiché ci aiuta a mantenere in memoria delle informazioni per poi rievocarle e rielaborarle quando necessario (tale funzione esecutiva è detta *working memory*), a regolare il nostro comportamento in base alle necessità (flessibilità cognitiva), a prendere decisioni vantaggiose per il nostro futuro (*decision making*) e a monitorare gli errori e l'esame di realtà. La corteccia prefrontale e l'ippocampo sono le strutture cerebrali che possono inibire la risposta conseguente allo stress dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Radley & Sawchenko, 2011).

Come detto in precedenza, lo stress è una risposta fisiologica alle situazioni difficili e, di conseguenza, è completamente normale che si manifesti. Quando però i livelli di stress superano la soglia massima sopportabile dall'individuo, si rischia di imbattersi in disturbi psichiatrici tra cui rientrano il Disturbo Acuto da Stress, nel caso in cui la sintomatologia post-traumatica rientri subito dopo aver raggiunto il suo apice e comunque entro un mese, e il Disturbo da Stress Post-Traumatico, nel momento in cui la sintomatologia traumatica si manifesta per un periodo maggiore a un mese.



Sia il Disturbo Acuto da Stress (in inglese *Acute Stress Disorder*, abbreviato ASD) che il PTSD sono inclusi nel *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi Mentali* (abbreviato DSM). Con il trascorrere degli anni, tale manuale viene aggiornato in modo da adattarsi il più possibile all'avanzare della ricerca nell'ambito della psichiatria. La versione più recente è il DSM-V-TR. Il trauma e le sindromi post-traumatiche sono stati introdotti nel DSM solo a partire dalla terza edizione dello stesso (American Psychiatric Association, 1980), dove venivano collocati nel capitolo dedicato ai disturbi d'ansia. Nello specifico, l'ASD è stato introdotto con la stesura della quarta edizione del manuale, col fine di far riconoscere la situazione di sofferenza provata durante e subito dopo l'esperienza traumatica e che può successivamente evolvere in PTSD, in quanto fattore di rischio soprattutto quando la vittima presenta episodi dissociativi (Bryant et al., 2017). Con l'introduzione della quinta edizione del DSM, tali disturbi sono stati invece inseriti in un capitolo a loro interamente dedicato e intitolato *Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti*. Tale capitolo contiene, oltre al PTSD e all'ASD, anche il Disturbo Reattivo d'Attaccamento (in inglese *Reactive Attachment Disorder*, abbreviato RAD), il Disturbo da Impegno Sociale Disinibito (in inglese *Disinhibited Social Engagement Disorder*, abbreviato DSED), il Disturbo da Adattamento (in inglese *Adjustment Disorder*, abbreviato AD) e i disturbi correlati ad eventi traumatici NAS - Non Altrimenti Specificati (American Psychiatric Association, 2013). Il DSM-V, in particolare, riporta tra le cause scatenanti tale psicopatologia avvenimenti di varia natura, tra cui eventi bellici, violenza sessuale, prigionia, tortura, attacchi terroristici, catastrofi naturali e malattie gravi personali o di congiunti.

## **2.1 Definizione di Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)**

Il PTSD è una condizione psicopatologica conseguente all'esposizione ad un trauma che ha messo a rischio la vita o l'integrità della persona coinvolta o di una persona cara, con lo sviluppo di un sentimento di impotenza o orrore.

Il PTSD è l'espressione della difficoltà della mente di elaborare o assimilare una situazione traumatica. In questi casi, l'esperienza non riesce ad essere facilmente elaborata dalla mente, rimane come immagine e viene percepita come evento "rivissuto" continuamente (Breslau et al., 2002). Il quadro clinico del PTSD si caratterizza per quattro cluster sintomatologici cardine che si presentano generalmente a un mese di distanza dall'evento scatenante (Dell'Osso et al., 2011, 2014; Weathers et al., 2017) e che includono:

- alterazioni negative della cognitiv  e dell'umore, ad esempio, anedonia ed eccessivo senso di colpa;
- sintomi di rievocazione come ricordi e pensieri intrusivi del trauma;
- condotte di evitamento tra cui il tentativo di evitare pi  o meno consapevolmente tutto ci  che riguarda il trauma o il suo ricordo;
- alterazioni persistenti dell'arousal e della reattivit  che comprendono tra le altre, sintomi di aumentata ansia e sensazione continua di pericolo e di allerta.

#### **2.4 Criteri diagnostici del Disturbo da Stress Post-Traumatico secondo il DSM-V**

I criteri diagnostici specifici inseriti nel DSM-V e riferiti a adulti, adolescenti e bambini di et  superiore ai sei anni sono:

- A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale in uno (o pi ) dei seguenti modi:
1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
  2. Assistere direttamente ad un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
  3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure ad un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
  4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i.

Nota: il criterio A4 non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

- B. Presenza di uno (o pi ) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i, che hanno inizio successivamente all'evento/i traumatico/i:
1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i.  
Nota: nei bambini di et  superiore ai 6 anni pu  verificarsi un gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento/i traumatico/i.
  2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.

Nota: nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.

3. Reazioni dissociative (per esempio *flashback*) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando.
4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.
5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.

Nota: nei bambini, la riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento/i traumatico/i, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti criteri:

1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
2. Evitamento o tentativo di evitare fattori esterni (persone, luoghi, attività...) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe).
2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a sé stessi, ad altri, o al mondo.
3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento/i traumatico/i che portano l'individuo a dare la colpa a sé stesso oppure agli altri.
4. Persistente stato emotivo negativo.
5. Marcata riduzione di interesse o partecipazioni ad attività significative.
6. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.

7. Persistente incapacità di provare emozioni positive.
- E. Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:
1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
  2. Comportamento spericolato o autodistruttivo.
  3. Ipervigilanza.
  4. Esagerate risposte di allarme.
  5. Problemi di concentrazione.
  6. Difficoltà relative al sonno
- F. La durata delle alterazioni (criteri B, C, D e E) è superiore a un mese.
- G. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- H. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Specificare: con sintomi dissociativi se, in aggiunta, l'individuo fa esperienza di sintomi persistenti o ricorrenti di uno dei due seguenti criteri:

1. depersonalizzazione: persistenti o ricorrenti esperienze di sentirsi distaccato e come se si fosse un osservatore esterno nei confronti dei propri processi mentali e del proprio corpo;
2. derealizzazione: persistenti o ricorrenti esperienze di irrealtà dell'ambiente circostante

Specificare: con espressione ritardata se i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro sei mesi dall'evento.

### **2.3 Definizione di Disturbo Acuto da Stress (ASD)**

I sintomi presentati nell'ASD sono sovrapponibili a quelli del PTSD, con l'unica differenza che tale sintomatologia si presenta al massimo dopo tre giorni dall'evento traumatico ed entro e non oltre il primo mese dopo l'evento. Come nel PTSD, l'ASD è collegato a esperienze traumatiche o fortemente stressanti, durante le quali l'individuo ha sperimentato pericolo per la propria salute fisica o psicologica. L'ASD è stato riscontrato soprattutto nelle vittime esposte a eventi traumatici interpersonali, come stupro e aggressione (Vita A. et al., 2018). In sintesi, è quindi possibile affermare che

l'ASD differisce dal PTSD più che altro per un fattore di tipo temporale: mentre per l'ASD la comparsa e la durata della sintomatologia deve essere compresa tra i tre giorni e al massimo un mese, la diagnosi di PTSD viene effettuata nel momento in cui i sintomi si protraggono per un periodo di tempo che va oltre la durata di una mensilità.

## **2.2 Criteri diagnostici del Disturbo da Stress Acuto secondo il DSM-V**

I criteri diagnostici specifici inseriti nel DSM-V sono:

A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli avversivi dell'evento/i traumatico/i.

Nota: il criterio non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

B. Presenza di nove (o più) dei seguenti sintomi di ciascuna delle cinque categorie relative a intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal che sono iniziati o peggiorati dopo l'evento/i traumatico/i:

### Sintomi di intrusione

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i. Nota: nei bambini può verificarsi il gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento/i traumatico/i.
2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i. Nota: nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.
3. Reazioni dissociative (per es., *flashback*) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la

completa perdita di consapevolezza nell'ambiente circostante. Nota: nei bambini, la riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.

4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica oppure marcate reazioni fisiologiche in risposta a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.

#### Umore negativo

5. Persistente incapacità di provare emozioni positive.

#### Sintomi dissociativi

6. Alterato senso di realtà del proprio ambiente o di sé stessi.
7. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe).

#### Sintomi di evitamento

8. Tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.
9. Tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

#### Sintomi di arousal

10. Difficoltà relative al sonno.
  11. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
  12. Ipervigilanza.
  13. Problemi di concentrazione.
  14. Esagerate risposte di allarme.
- C. La durata dall'alterazione (sintomi del criterio B) va da tre giorni a un mese dall'esposizione al trauma. Nota: tipicamente i sintomi iniziano immediatamente dopo il trauma, ma è necessaria la persistenza per almeno tre giorni e fino a un mese per soddisfare i criteri del disturbo.
- D. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o un'altra condizione medica, e non è meglio spiegata da un disturbo psicotico breve.

Nota bene: ciò che contraddistingue l'ASD dal PTSD è il fattore tempo. La durata dei sintomi interessa un periodo di tempo che va da tre giorni a un mese dall'esposizione al trauma (quando i sintomi persistono per più di un mese si effettua la diagnosi di PTSD)

## **2.5 Epidemiologia, andamento della patologia e comorbidità**

Per comprendere quanto il PTSD sia effettivamente diffuso nella popolazione femminile, che sarà la protagonista dell'indagine proposta più avanti, risulta valido dare uno sguardo all'epidemiologia di tale disturbo. Secondo alcuni dati raccolti prevalentemente negli Stati Uniti d'America, il PTSD ha una prevalenza lifetime tra il 9 e il 15%: questo significa che tale range percentuale della popolazione totale svilupperà un PTSD almeno una volta nel corso della sua vita. Tale percentuale di prevalenza oscilla in base ai criteri diagnostici di cui si tiene conto e che differiscono tra loro a seconda dell'edizione del DSM che viene presa in considerazione. La situazione in Italia è leggermente differente rispetto a quella americana: grazie agli studi dell'European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), siamo a conoscenza del fatto che la prevalenza lifetime del PTSD in Italia si attesta intorno al 2,3%. Come precedentemente affermato, il PTSD è un disturbo più frequente nel sesso femminile piuttosto che in quello maschile, con un rapporto di femmine a maschi di 2 a 1: questo significa che la popolazione di sesso femminile è doppiamente affetta da questa patologia rispetto alla popolazione del sesso opposto. Il rischio d'esordio è maggiore nei giovani adulti, tuttavia si tratta di un disturbo che colpisce una fascia di popolazione abbastanza eterogenea, tanto che è possibile che la malattia esordisca a qualsiasi età (Resnick et al., 1993).

A sostegno della preoccupante gravità del PTSD, degno di nota è il suo andamento, caratterizzato per lo più da cronicità, scarsa risposta alla terapia farmacologica e ripercussioni negative sul funzionamento della persona con conseguente abbassamento della qualità della vita e aumento del rischio di suicidio. È possibile, tuttavia, dividere il decorso del PTSD in tre stadi principali:

- stadio 1: il primo stadio è caratterizzato dalla reazione che l'individuo manifesta nel primo mese successivo alla situazione traumatica (disturbo acuto da stress, sintomi ansiosi);

- stadio 2: il secondo stadio si caratterizza per la persistenza dei sintomi anche per più di 4 settimane (PTSD acuto);
- stadio 3: il terzo stadio entra in atto nel momento in cui i sintomi persistono per tre mesi o più (PTSD cronico).

Al fine di comprendere a 360° i disagi manifestati dalla popolazione che soffre di PTSD, è bene sottolineare che molto spesso tale patologia non si manifesta mai da sola, ma è accompagnata da altri problemi di salute fisica o psichica. Tale condizione in medicina viene definita con il termine di “comorbidità”, ossia la presenza contemporanea nello stesso soggetto di due o più malattie, siano esse organiche o psichiche (Enciclopedia Treccani, 2020). Tra le comorbidità che comportano maggiori problemi di salute e/o comportamento e scarsa aderenza terapeutica rientra l’abuso di sostanze. Alcuni studi suggeriscono infatti che il consumo di alcol in comorbidità col PTSD può essere spiegato dal modello di automedicazione, secondo cui le persone che non riescono a sopportare la sofferenza legata alla patologia psichiatrica, bevono per far fronte ai sintomi (Cappell & Greeley, 1987). Tale consumo di alcol può in parte alleviare il disagio legato al trauma, ma può anche peggiorare i sintomi del PTSD (Volpicelli et al., 1999) e addirittura portare ad una forma cronica dello stesso disturbo, nonché a problemi di alcolismo nel tempo (Stewart et al., 1999). Oltre alla comorbidità tra PTSD e abuso di sostanze, in letteratura è ampiamente indagata l’associazione PTSD-depressione. A riguardo, esistono tre ipotesi differenti:

1. la prima ipotesi consiste nel fatto che i due disturbi possono condividere una vulnerabilità genetica tale che la probabilità di sviluppare queste patologie aumenti in relazione a fattori genetici
2. la seconda ipotesi sostiene che la depressione è secondaria allo sviluppo del PTSD
3. in accordo con la terza ipotesi invece, il PTSD sarebbe una delle forme in cui si può presentare la depressione post-traumatica



### **Capitolo 3. Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nei casi di violenza di genere**

Dopo aver ampiamente descritto le caratteristiche della violenza di genere e delle possibili conseguenze a livello della salute mentale delle vittime, sorge spontaneo interrogarsi su chi possono fare affidamento queste persone per intraprendere un percorso di tipo terapeutico-riabilitativo e su come quest'ultimo sia strutturato. Risulta quindi importante introdurre la professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (abbreviato TeRP o TRP) che, nell'ambito di un'équipe multidisciplinare, svolge un ruolo fondamentale nella riabilitazione delle persone che hanno subito violenza. Si tratta di una figura abbastanza recente nel campo della salute mentale e che è stata ufficializzata completamente con il Decreto Ministeriale n. 182 del 29 Marzo 2001. In quest'occasione è stato definito il profilo professionale del TeRP che viene descritto come “l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma Universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica”. Tale Decreto, inoltre, definisce i ruoli del TeRP, che vengono anche descritti nel *Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica* (Famulari R. et al., pag. 29, 2019):

- collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni, istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socio-ambientale;
- collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;
- attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;
- opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifestate;
- opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;
- collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati.

Il TeRP quindi svolge, tra le altre, la funzione di prevenire e educare alla salute attraverso l'analisi dei problemi di salute mentale nella comunità e delle risposte che i servizi forniscono e la messa in atto di interventi sulla persona.

Tale figura professionale, oltre ad occuparsi della riabilitazione delle persone che soffrono di un disagio psichico, potrebbe anche ricoprire un ruolo nel processo di recovery delle vittime di violenza di genere, e in particolare di violenza contro le donne, che riportano sintomatologia post-traumatica. In tal caso, gli interventi dovrebbero essere, non solo personalizzati in base ai bisogni specifici della persona, ma anche mirati e delicati, tenendo conto del trauma specifico. Risulta doveroso inoltre tenere presente che gli interventi del TeRP in questo settore devono essere sempre svolti nell'ambito di un'équipe multidisciplinare e in parallelo al lavoro di uno Psicologo e/o di un Medico Psichiatra che meglio dispongono di strumenti adatti alla riabilitazione nel caso specifico del trauma, come ad esempio l'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (abbreviato EMDR) o la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), che saranno descritti nelle prossime righe.

### **3.1 Fattori di rischio e prevenzione**

Prima di entrare nel vivo dei trattamenti specifici per le persone che riportano sintomatologia post-traumatica, è utile soffermarsi sull'ambito della prevenzione e dei fattori di rischio, al fine di comprendere se è possibile prevenire l'insorgenza della sintomatologia traumatica o, perlomeno e per quanto possibile, alleviarne la gravità dei sintomi. In entrambi i tipi di prevenzione, sia primaria per quanto riguarda il lavoro sui fattori di rischio, che terziaria, come vedremo in seguito nel capitolo dedicato ai trattamenti e agli interventi riabilitativi, svolge un ruolo di fondamentale importanza la professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica.

Tra gli interventi di prevenzione primaria propri del TeRP rientrano, ad esempio, l'identificazione dei fattori di rischio per la salute e dei soggetti e categorie a rischio, accompagnata da interventi di informazione e educazione e di riduzione dei fattori di rischio per la salute.

L'Istituto Superiore di Sanità (abbreviato ISS) definisce i fattori di rischio come quelle caratteristiche che aumentano la probabilità di insorgenza della malattia ma che non ne sono necessariamente la causa. I fattori di rischio possono essere modificabili o non modificabili.

Nello specifico, per quanto riguarda il PTSD, i fattori di rischio vengono suddivisi in quattro categorie (Brewin C. et al., 2000):

fattori di rischio legati al trauma (o peri-traumatici), ovvero tutti quei fattori che hanno a che fare con il trauma stesso, ad esempio la tipologia di trauma, la durata del trauma, il rischio di morte o i lutti;

fattori di rischio pre-traumatici, ovvero tutti quei fattori che hanno a che fare con tutto ciò che è accaduto nel periodo precedente al verificarsi del trauma vero e proprio, ad esempio precedenti esperienze traumatiche o precedenti problemi psicologici;

fattori di rischio post-traumatici, ovvero tutti quei fattori che hanno a che fare con tutto ciò che è presente nel periodo successivo al trauma vero e proprio, ad esempio il grado di supporto sociale, le attribuzioni che la vittima mette in atto (interne o esterne) o la capacità di esprimere le emozioni;

ritraumatizzazioni o eventi stressanti, ovvero tutti quei fattori che in una qualche maniera rievocano il trauma o portano la persona ad essere particolarmente sensibile agli stimoli dell'ambiente esterno.

Tutte queste tipologie di fattori di rischio possono essere sia ambientali, e quindi fare riferimento a tutte quelle condizioni che hanno a che fare, ad esempio, con il supporto sociale o con lo status economico, che individuali. Fra questi ultimi rientra l'appartenenza di genere: nei fattori di rischio pre-traumatici, quindi, compare l'appartenenza al sesso femminile, mentre in quelli post-traumatici lo scarso possesso ed utilizzo delle strategie di coping adatte a fronteggiare la situazione che si sta attraversando.

Riuscire a svolgere un lavoro specifico e mirato che tenga conto dei suddetti fattori di rischio, può essere di grande aiuto in termini di prevenzione primaria per evitare fin dal principio che la patologia si manifesti: utili in questo caso risultano essere le campagne di prevenzione.

Tuttavia, in molti casi, tutto questo potrebbe non essere sufficiente ed è possibile che la sintomatologia post-traumatica si sia già instaurata oppure che esordisca nonostante il lavoro sui singoli fattori di rischio. Ecco che in questo caso entra in gioco il trattamento vero e proprio della patologia.

### 3.2 Trattamenti

Nell'ambito del trattamento, il TeRP ricopre dei ruoli ben specifici, chiari e definiti di prevenzione terziaria. Di per sé, infatti, il TeRP, lavora in sinergia con gli altri operatori sanitari, come Psichiatri, Psicologi, Educatori Professionali, Operatori Socio-Sanitari e Infermieri Professionali, nel contesto di un'équipe multidisciplinare: quando si parla di trattamento, perciò, il TeRP copre tutta la parte che ha a che fare con la riabilitazione, mentre le altre figure si occuperanno di altre aree ancora. La riabilitazione si divide in diversi momenti:

- accoglienza del paziente, durante la quale la persona viene presa in carico analizzando il suo problema;
- valutazione dei vari ambiti di vita del paziente avvalendosi degli strumenti appositi: osservazione, valutazione del funzionamento individuale e psico-sociale, valutazione dell'ambiente familiare, valutazione del funzionamento cognitivo;
- pianificazione dell'intervento che si andrà a svolgere insieme alla persona e che sarà completo di un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato;
- attuazione di quanto pianificato attraverso interventi individuali, di gruppo, familiari e sul contesto;
- verifica di come procede il percorso intrapreso, sia in itinere che finale.

Il primo e più importante passo del professionista nel processo di riabilitazione di una donna vittima di violenza è riuscire a creare un ambiente sicuro che permetta la costruzione di una relazione di fiducia tra la paziente e il TeRP stesso, il quale si servirà dell'ascolto attivo ed empatico per far sentire la paziente ascoltata senza giudizio. In seguito, il TeRP potrebbe occuparsi di tutta la parte che ha a che fare con la valutazione del quadro psicopatologico della paziente per comprendere quanto la sintomatologia traumatica influisce effettivamente sul funzionamento nella vita quotidiana. Successivamente potrà anche monitorare periodicamente i progressi per modificare, se necessario e in accordo ai bisogni della persona, gli obiettivi stilati nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato. Per quanto riguarda invece le tecniche di cui il TeRP potrebbe servirsi, si potrebbe pensare ad un intervento volto alla gestione dello stress e del trauma, fornendo alla paziente:

- strategie di coping adatte per il riconoscimento e la gestione dei fattori trigger legati al trauma;

- tecniche di rilassamento, come ad esempio la mindfulness o il rilassamento muscolare progressivo al fine di ridurre l'ansia e gestire i sintomi legati all'iperattivazione.

Per ogni disturbo psichiatrico esistono dei trattamenti mirati per intervenire sulla sintomatologia specifica di quella determinata patologia. In particolare, tra le tecniche di trattamento per il PTSD rientrano:

- terapia farmacologica prescritta dal Medico Psichiatra e talvolta somministrata dall'Infermiere Professionale, talvolta assunta autonomamente dal paziente in base al grado di autonomia acquisita;
- tecniche di controllo dell'ansia di competenza sia del TeRP che dello Psicologo;
- terapia cognitivo-comportamentale di competenza dello Psicologo;
- tecniche di esposizione di competenza sia del TeRP che dello Psicologo;
- psicoeducazione di competenza del TeRP;
- *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (abbreviato EMDR) di competenza dello Psicologo.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, i farmaci più utilizzati per il trattamento del PTSD sono la Sertralina e la Paroxetina: questi due farmaci sono degli antidepressivi appartenenti alla categoria degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (abbreviato SSRI) e che sono stati approvati come trattamenti di prima linea dalla Food and Drug Administration (Foa et al., 1999; Gaskell, 2005; Stein et al., 2009). Nel PTSD, infatti, sono coinvolti a livello cerebrale i neurotrasmettitori della serotonina e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (abbreviato HPA), responsabile del rilascio degli ormoni dello stress, come il cortisolo. Gli SSRI, dunque, agiscono in maniera tale che il trasportatore della serotonina venga bloccato: in questo modo, la serotonina che si trova in quel momento nella sinapsi fra i due neuroni viene riportata nello spazio pre-sinaptico iniziale, non potendo più così compiere la sua azione. Tuttavia, la terapia farmacologica non deve mai essere considerata come la prima scelta per il trattamento del PTSD, ma va assunta solo in concomitanza ad altri trattamenti di tipo terapeutico o riabilitativo. Tra questi ultimi, rientrano le tecniche di controllo dell'ansia (o tecniche di rilassamento) che vengono utilizzate con lo scopo di apportare al soggetto uno stato di benessere psicofisico tramite la riduzione dell'attivazione psicofisiologica.

Le principali tecniche di controllo dell'ansia comprendono il rilassamento muscolare progressivo e il training autogeno. Il primo si avvicina molto alla pratica della

mindfulness, con la differenza che ad un certo momento dell'esercizio ci si va a focalizzare su alcuni gruppi muscolari contraendoli o rilassandoli, accompagnando quest'azione sempre con la respirazione. Il training autogeno invece, prevede che il soggetto si auto-induca lo stato di rilassamento tramite la visualizzazione di immagini che possono trasmettere energia a chi lo pratica. Altre tecniche che vanno a lavorare sull'aspetto ansioso del PTSD sono le tecniche di esposizione che possono essere praticate in tre modalità differenti: la prima è l'esposizione graduata in vivo, in cui al soggetto viene fatta affrontare la situazione ansiogena in maniera graduale. La seconda è l'esposizione graduata in immaginazione che consiste nel ricreare la situazione che provoca ansia solo mentalmente e per immagini. Infine, l'esposizione non graduata consiste nell'immergere la persona direttamente nella situazione stressante.

Nonostante le tecniche di rilassamento e le tecniche di esposizione siano molto valide per lavorare sulla riduzione della sintomatologia ansiosa che il PTSD porta con sé, il trattamento gold standard per il PTSD è la Terapia Cognitivo-Comportamentale (in inglese Cognitive Behavioural Therapy, abbreviato CBT). La CBT focalizzata sul trauma si basa sull'idea che le emozioni sono influenzate dai pensieri e dai comportamenti e che andando a modificare questi ultimi è possibile ridurre i sintomi del PTSD con conseguente miglioramento della qualità della vita. Per raggiungere quest'obiettivo, la CBT focalizzata sul trauma si serve di diverse tecniche, tra cui rientra ad esempio la ristrutturazione cognitiva che consiste nel tentativo di mettere in discussione i pensieri irrazionali cercando di coglierne la validità, la logicità e l'utilità, con il fine ultimo di sostituirli con altri pensieri più razionali e funzionali. La CBT focalizzata sul trauma, come vedremo in seguito anche l'EMDR, rientra tra i trattamenti di prima scelta per il PTSD entro tre mesi dal trauma ed entra in gioco nel momento in cui i sintomi della patologia persistono per più di un mese. La CBT focalizzata sul trauma permette al terapeuta di aiutare i pazienti a confrontarsi con i ricordi traumatici con meno paura, a modificare le distorsioni cognitive che sovrastimano la minaccia e a sviluppare capacità di fronteggiare lo stress.

Considerato molto efficace per il trattamento del PTSD è anche l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (abbreviato EMDR). Si tratta di un intervento strutturato e psicologico focalizzato sul trauma che ha l'obiettivo di aiutare le persone che soffrono di PTSD a rielaborare il trauma e superare i ricordi ad esso correlati. L'EMDR si basa sull'idea che i movimenti oculari o altre forme di interazione bilaterale come ad esempio tocchi alternati o suoni possono facilitare la rielaborazione dei ricordi traumatici,

riducendo così i sintomi associati e migliorando il benessere psicologico del paziente: a quest'ultimo viene quindi chiesto di rievocare un aspetto importante dell'evento traumatico vissuto e contemporaneamente di seguire con gli occhi dei movimenti ripetitivi o di concentrarsi su dei suoni o dei ticchettii prodotti dal terapeuta.

Il TeRP potrebbe anche svolgere interventi di psicoeducazione incentrati sulla sintomatologia traumatica con l'obiettivo di rendere consapevole la paziente dei sintomi in sé e delle loro conseguenze, per favorirne anche l'accettazione. Tali interventi psicoeducativi potrebbero essere estesi anche ai familiari al fine di fornire loro strategie valide di fronteggiamento delle situazioni più complesse e per ridurre lo stigma nei confronti della malattia mentale: inoltre, una volta coinvolti, svolgerebbero un ruolo di supporto nell'ambiente di vita della paziente. Tutti questi obiettivi sono perseguiti dal TeRP che, nell'ambito della psicoeducazione, si assicura che tale intervento sia utile al paziente e ai suoi familiari nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita e del concetto di Recovery.

Infine, gli ultimi passaggi fondamentali per il processo di Recovery potrebbero consistere nel graduale reinserimento sociale della persona in ambienti protetti e nel supporto nella gestione della routine quotidiana.

## **Capitolo 4. Studio degli effetti della violenza interpersonale**

### **4.1 Metodi**

A partire da questo capitolo, verranno presi in considerazione ed analizzati dei dati estratti da un questionario creato ad hoc per dimostrare quanto effettivamente lo sviluppo di sintomatologia post-traumatica nella popolazione femminile sia correlata al subire e/o aver subito violenza fisica o psicologica.

### **4.2 Obiettivi della ricerca**

La ricerca a cui si fa riferimento è stata svolta presso il Dipartimento di Psicologia Generale e di Neuroscienze dell'Università di Padova ed è stata approvata dal Comitato Etico di Psicologia. Tutti i partecipanti, prima di procedere con la compilazione di una scheda anagrafica e del questionario self-report vero e proprio, hanno consultato un modulo di consenso informato che garantisce la massima riservatezza delle risposte fornite, utilizzate esclusivamente ai fini della ricerca. Tutte le informazioni raccolte in questa ricerca sono state trattate nel rispetto delle vigenti leggi D.Lgs.196/2003 sulla privacy e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati personali e dell'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.

A tale indagine è stato assegnato il titolo *Violenza interpersonale ed esperienza del proprio corpo: uno studio esplorativo*. L'obiettivo alla base che ha stimolato l'ideazione di questo studio è quello di valutare, nel contesto italiano, la presenza di eventuali esperienze di violenza e di maltrattamento fisico e psicologico e il suo effetto sulla salute delle persone e sul rapporto con il loro corpo. Il fine ultimo dell'inserimento dei risultati di questa ricerca all'interno di tale elaborato è quello di indagare nello specifico la correlazione tra lo sviluppo di sintomatologia post-traumatica e l'aver fatto esperienza di violenza. Diversi studi hanno dimostrato che le persone vittime di violenza hanno sviluppato, a posteriori, conseguenze a livello sia fisico che mentale. Tuttavia, poche sono le ricerche in letteratura che hanno indagato specificamente la sintomatologia traumatica come possibile conseguenza. L'indagine che è stata svolta perciò, punta ad esplorare quest'aspetto in particolare, attraverso l'uso del suddetto questionario.

### **4.3 Strumento e procedure di raccolta dati**

Ai fini della ricerca è stato utilizzato un questionario strutturato ed auto compilato, sviluppato appositamente per lo studio e composto da un totale di 292 domande, alcune a risposta multipla, altre a risposta chiusa con una scala Likert. Il questionario che è stato



somministrato richiede un tempo di compilazione di circa trenta minuti e si divide in sette sezioni principali:

1. scheda informativa - 20 domande;
2. scheda sulla violenza interpersonale – 1 questionario, 10 domande (esempi di item: “Un/una sua partner l’ha mai colpita volontariamente?”, “Un/una sua partner l’ha mai offesa?”, “Un/una sua partner l’ha mai costretto/a ad avere un rapporto sessuale non consenziente?”);
3. qualità di vita - 1 questionario, 12 domande (esempi di item: “in generale, direbbe che la sua salute è”);
4. sintomi fisici e psichici - 1 questionario, 58 domande (esempi di item: “In che misura soffre o ha sofferto di mal di testa?”, “In che misura soffre o ha sofferto di sentimenti di inferiorità?”, “In che misura soffre o ha sofferto di palpitazioni?”);
5. embodiment e consapevolezza enterocettiva - 2 questionari, 66 domande (esempi di item: “Per me è difficile identificare le mie emozioni” “Mi sento in sintonia con il mio corpo”);
6. sintomi legati al trauma - 1 questionario, 100 domande (esempi di item: “Indichi con quale frequenza, negli ultimi 6 mesi, ha fatto esperienza di: incubi”, “Indichi con quale frequenza, negli ultimi 6 mesi, ha fatto esperienza di: sentirsi senza speranza”);
7. sentimento di auto-compassione - 1 questionario, 26 domande (esempio di item: “Quando le cose mi vanno male, vedo le difficoltà come una parte della vita che tutti/e devono attraversare”).

All’interno della scheda anagrafica viene chiesto ai partecipanti di indicare un codice identificativo formato dalla prima lettera del nome e del cognome e della data di nascita, l’età, il sesso biologico attribuito alla nascita, l’identità di genere, l’orientamento sessuale, lo stato civile, il numero di anni di frequenza scolastica, l’occupazione, il peso espresso in kg, l’altezza espressa in cm e se ha sofferto di un problema psicologico per il quale ha richiesto aiuto professionale.

Il questionario è stato inoltrato tramite l’utilizzo di diverse piattaforme social, con la richiesta che venisse trasmesso a quante più persone possibili per riuscire ad ottenere un campione abbastanza ampio da permettere un’analisi dei dati attendibile.

#### 4.4 Tecniche di classificazione e di analisi dei dati

Per classificare la violenza è stato fatto riferimento alla metodologia utilizzata in un articolo scritto da Ruiz-Pérez I. et al. nel 2006, il cui obiettivo era quello di misurare la prevalenza della violenza tra partner intimi in un campione di 1402 donne. Come in tale studio, perciò, tutte le procedure statistiche sono state eseguite utilizzando il software IBM SPSS Statistics: sono state utilizzate l'analisi della varianza ANOVA e sei regressioni logistiche per confrontare i due gruppi presi in analisi e valutare un possibile rapporto di dipendenza tra le variabili prese in considerazione. Per il confronto tra le medie dei due gruppi, è stato impiegato il test non parametrico Wilcoxon-Mann-Whitney, mentre le scale di riferimento per gli items analizzati sono la SF-12 (Short Form Health Survey) per gli indici PCS12 (Physical Component Summary) e MCS12 (Mental Component Summary), la SCL-58 (Symptom Checklist 58) per le dimensioni sintomatologiche SOM (Somatization – somatizzazione), OBC (Obsessive-Compulsive – ossessione-compulsione), IPS (Interpersonal Sensitivity – sensibilità interpersonale), D (Depression – depressione) e A (Anxiety – ansia) e il TSI (Trauma Symptoms Inventory) per le altre sottoscale sui sintomi traumatici. Queste ultime, secondo il modello a tre fattori rivisitato (3F-R), possono essere raggruppate in tre fattori principali (Gambetti E. et al., 2011):

1. fattore TRAUMA, che comprende le scale di esperienze intrusive (IE), evitamento difensivo (DA) e ansia (AA);
2. fattore DYSPHORIA SELF, che include le scale di autopercezione compromessa (ISR), depressione (D), rabbia/irritabilità (AI), dissociazione (DIS) e comportamento di riduzione della tensione (TRB);
3. fattore SEX PROBLEMS, che comprende le scale di comportamento sessuale disfunzionale (DSB), preoccupazioni sessuali (SC) e comportamento di riduzione della tensione (TRB).

Le categorie di violenza interpersonale che sono state prese in esame nella stesura del questionario sono:

- violenza fisica (colpire, schiaffeggiare, calciare, spingere);
- violenza emotiva (minacciare, insultare, umiliare, gelosia estrema);
- violenza sessuale (forzare ad attività sessuali contro la volontà).

Le risposte possibili erano: “Molte volte”, “Qualche volta” e “Mai”. Tra le donne che hanno partecipato all’indagine, sono state considerate vittime di violenza interpersonale quelle che hanno scelto le risposte “Molte volte” o “Qualche volta” alle domande su abusi fisici, emotivi o sessuali.

## **Capitolo 5. Risultati**

In questo capitolo verranno analizzati i risultati ottenuti dall'analisi del campione, dalla statistica del test Mann-Whitney, dall'analisi delle regressioni lineari e del rapporto di dipendenza tra le variabili. Per la corretta lettura dei risultati che saranno descritti, è necessario tenere in considerazione che il campione totale è stato suddiviso in due gruppi indipendenti fra loro e che per ognuno di questi sono stati calcolati i relativi punteggi separati.

### **5.1 Descrizione del campione**

Per la raccolta iniziale dei dati non sono stati adottati criteri d'esclusione, tuttavia, al fine di utilizzare i dati ottenuti dalla somministrazione del questionario coerentemente a quanto viene discusso in quest'elaborato, in questo specifico caso si terrà conto esclusivamente delle risposte date dalla popolazione femminile, senza criteri d'esclusione. Perciò, il campione tenuto in considerazione per questa ricerca è composto da 150 individui di sesso femminile, relativamente di giovane età ( $M = 34.6$ ,  $DS = 15.2$ ). Tale campione è stato ulteriormente distinto in due gruppi indipendenti tra loro: il primo (IPV\_TOT 0), composto da 49 donne che non riferiscono episodi di violenza fisica, emotiva e sessuale, e il secondo (IPV\_TOT 1) formato da 101 donne che descrivono episodi ascrivibili a una o più delle appena citate tipologie di violenza interpersonale.

Per l'analisi del campione e dei punteggi ottenuti dal questionario sono state calcolate la media e la deviazione standard per l'età, il BMI e gli items delle sottoscale. Nella Tabella 1 sono quindi riportati le caratteristiche del campione e i risultati inerenti agli items tenuti in considerazione di tutte le scale utilizzate.

	IPV TOT	
	0	1
	<i>M (DS)</i>	<i>M (DS)</i>
Età	33.16 (16.60)	35.31 (14.59)
BMI	22.83 (3.98)	24.65 (5.62)
PCS12	51.74 (8.65)	50.17 (8.64)
MCS12	41.98 (12.31)	37.43 (11.91)
SOM	0.80 (0.61)	0.94 (0.76)
OBC	0.81 (0.70)	1.06 (0.87)
IPS	0.75 (0.61)	0.95 (0.74)
D	0.94 (0.64)	1.18 (0.78)
A	0.98 (0.72)	1.21 (0.84)
AA	11.48 (6.92)	14.49 (6.79)
AI	5.39 (5.04)	7.19 (6.23)
IE	6.66 (5.02)	9.56 (5.92)
DA	7.86 (6.19)	9.85 (6.15)
DIS	9.66 (6.12)	12.31 (6.24)
SC	5.25 (6.06)	7.67 (6.84)
DSB	4.05 (4.15)	6.09 (5.89)
ISR	4.43 (4.38)	6.72 (5.57)
TRB	4.77 (4.74)	6.13 (4.85)
TRAUMA	26.00 (17.03)	33.90 (17.74)
DYSPHORIA SELF	44.52 (31.40)	57.96 (33.25)
SEX PROBLEMS	14.07 (13.60)	19.88 (16.30)

Tabella 1. *Descrizione del campione* (N = 150)

L'età media delle donne che non hanno subito violenza è di 33.16 ( $DS = 16.60$ ), mentre quelle che riportano episodi di violenza hanno un'età media di 35.31 ( $DS = 14.59$ ). Il BMI medio delle donne che non hanno subito violenza è di 22.83 ( $DS = 3.98$ ), mentre quelle che riportano episodi di violenza hanno un BMI medio di 24.65 ( $DS = 5.62$ ). La Tabella 1 riporta anche in maniera dettagliata la media e la deviazione standard delle variabili appartenenti rispettivamente alla SF-12, alla SCL-58 e al TSI.

In un secondo momento, è stata svolta anche una parte dell'indagine sul tipo di violenza subito che hanno riportato le donne appartenenti al campione IPV 1. Facendo riferimento alla Tabella 2 è possibile notare che, delle 101 donne facenti parte di questo campione, tutte quante hanno riportato vissuti di violenza emotiva; inoltre, alcune di queste donne hanno subito o una combinazione di violenza emotiva e fisica, o di violenza emotiva e sessuale. Esiste anche una sottopopolazione, seppure limitata (18 individui), di donne che hanno riportato di aver subito tutti e tre i tipi di violenza. I dati riportati nella Tabella 2 perciò indicano che la violenza emotiva è molte volte presente in combinazione con altri tipi di violenza, ma che frequentemente si trova anche da sola: è possibile quindi affermare che le donne che subiscono forme di violenza fisica o sessuale, molto spesso sperimentano anche violenza emotiva.

	IPV_TOT
	1
Tipologia di violenza	
Fisica	0
Emotiva	82
Emotiva + Fisica	19
Sessuale	
	0
Emotiva	87
Emotiva + Sessuale	14
Emotiva	83
Emotiva + Sessuale + Fisica	18

Tabella 2. *Distribuzione delle diverse forme di violenza*

## 5.2 Test di Mann-Whitney

In questo passaggio è stato fatto impiego del test statistico non parametrico Mann-Whitney al fine di fare un confronto tra le medie dei due campioni indipendenti (IPV 0 e IPV 1) tenuti in considerazione per valutare se le differenze emerse sono significative o meno. Nella Tabella 3 vengono quindi riportati, per ogni variabile, il valore standardizzato  $Z$  e il  $p$  value. Quest'ultimo, se uguale o inferiore ad un valore di 0.05, indica il fatto che tra i due gruppi è presente una differenza statisticamente significativa; se il  $p$  value, invece, è maggiore a 0.05, ci si trova davanti a delle risposte sovrapponibili tra di loro, seppur non esattamente uguali.

	Test di Mann-Whitney	
	$Z$	$p$
Età	-1.695	0.090
BMI	-1.906	0.057
PCS12	-1.473	0.141
MCS12	-2.120	0.034*
SOM	-0.664	0.507
OBC	-1.525	0.127
IPS	-1.486	0.137
D	-1.635	0.102
A	-1.558	0.119
AA	-2.261	0.024*
AI	-1.790	0.073
IE	-2.638	0.008**
DA	-1.974	0.048*
DIS	-2.067	0.039*
SC	-2.385	0.017*
DSB	-2.009	0.045*
ISR	-2.438	0.015*
TRB	-1.673	0.094
TRAUMA	-2.427	0.015*
DYSPHORIA SELF	-2.352	0.019*
SEX PROBLEMS	-2.110	0.035*

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

Tabella 3. *Test Mann-Whitney IPV 0 - IPV 1*

Dalla Tabella 3 è possibile rilevare che la variabile età non è statisticamente significativa ( $p = 0.090$ ) e perciò non ci sono differenze rilevanti tra i due campioni per quanto riguarda l'età media. Una variabile a cui porre attenzione è il BMI: in questa variabile il  $p$  value, seppur statisticamente non significativo ( $p = 0.057$ ), si avvicina molto a tale soglia. Questo deve far riflettere sul fatto che chi è stato vittima di IPV potrebbe riportare un indice di massa corporea superiore rispetto a chi non lo è stato, probabilmente come forma di protezione verso futuri tipi di violenza.

Le sottoscale della SCL-58, che vengono descritte di seguito, non sono risultate statisticamente significative in termini di differenze tra i due campioni presi in analisi. I sintomi di somatizzazione (SOM) non sono direttamente correlati alla violenza ( $p = 0.507$ ) per le partecipanti del campione che ha riportato episodi di IPV. I punteggi relativi ai comportamenti ossessivo-compulsivi (OBC) suggeriscono che potrebbe esserci una maggiore incidenza, seppur leggera ( $p = 0.127$ ), di tali comportamenti nel gruppo che ha subito violenza; tuttavia, il dato non è abbastanza forte per trarre conclusioni certe. Questo tipo di sintomatologia potrebbe essere comunque interpretato come un meccanismo di coping per controllare situazioni vissute come incontrollabili. I risultati ottenuti nella variabile che descrive la sensibilità interpersonale (IPS), ovvero la predisposizione a sentirsi vulnerabili nelle interazioni con gli altri, suggeriscono che ci sia una lieve differenza tra gruppi, seppur non significativa statisticamente ( $p = 0.137$ ). Si potrebbe ipotizzare che le persone che hanno subito violenza potrebbero mostrare una maggiore sensibilità nelle relazioni interpersonali, come reazione a esperienze di sfiducia o vulnerabilità derivanti dal trauma. Per quanto riguarda le variabili della depressione (D) e dell'ansia (A), il  $p$ -value è di poco superiore alla soglia in entrambe le casistiche (rispettivamente  $p = 0.102$ ;  $p = 0.119$ ). Potrebbe esserci una tendenza a sviluppare una sintomatologia di tipo depressivo-ansiosa nel campione che ha subito violenza.

Il punteggio relativo alle componenti fisiche (PCS12) non è significativamente diverso tra i gruppi ( $p = 0.141$ ), suggerendo che la violenza non ha un impatto sostanziale sulla salute fisica dei partecipanti. Bisogna tuttavia tenere presente che in questo studio ogni partecipante è stata considerata vittima di violenza anche facendo riferimento soltanto alla violenza emotiva o psicologica: pertanto, è possibile che buona parte del campione non riscontri conseguenze a livello fisico per tale motivo, vista l'ampia letteratura esistente al riguardo. Al contrario, il punteggio relativo alla componente mentale (MCS12) è significativamente differente tra i due gruppi ( $p = 0.034$ ). Questo indica che

le donne esposte a violenza hanno una qualità di salute mentale significativamente peggiore rispetto a coloro che non hanno subito violenza.

Facendo riferimento invece alle sottoscale del Trauma Symptoms Inventory, salta subito all'occhio come molte di queste siano risultate statisticamente significative e quindi direttamente correlabili con l'aver fatto esperienza di violenza interpersonale. La variabile rappresentante l'ansia (AA), ad esempio, risulta significativa ( $p = 0.024$ ): questo indica che le donne che hanno subito violenza mostrano livelli significativamente più alti di ansia rispetto al gruppo di controllo. La sintomatologia ansiosa potrebbe essere una conseguenza diretta dell'esperienza traumatica, che induce una costante attivazione emotiva e uno stato di allerta. La variabile che descrive le esperienze intrusive (IE), come flashback, ricordi indesiderati o sogni disturbanti legati al trauma, è statisticamente significativa ( $p = 0.008$ ): tale sintomatologia è la più comune nei disturbi legati al trauma di cui è stato discusso nel Capitolo 2 di tale elaborato, come PTSD e ASD. I punteggi riguardanti l'evitamento difensivo (DA), cioè tutti quei comportamenti che portano all'evitamento di persone, luoghi, situazioni o pensieri che possono ricordare l'evento traumatico, sono risultati statisticamente significativi ( $p = 0.048$ ): effettivamente, l'evitamento è un meccanismo comune di coping tra le vittime di traumi che può interferire con la possibilità di elaborare l'esperienza traumatica. La variabile che misura le preoccupazioni sessuali (SC) è risultata statisticamente significativa ( $p = 0.017$ ): infatti l'esposizione ad eventi traumatici, soprattutto relativi alla violenza sessuale, può avere un impatto diretto e profondo sulla sfera sessuale delle vittime, con conseguente sviluppo di paure, difficoltà a vivere serenamente la sessualità o evitare del tutto le relazioni intime. Strettamente affine a quest'aspetto è anche la variabile del comportamento sessuale disfunzionale (DSB), statisticamente significativa con un  $p\text{-value} = 0.045$ : si tratta della presenza di condotte sessuali problematiche o inadeguate, come un'eccessiva promiscuità, difficoltà di controllo o distorsioni nella percezione della sessualità. Il trauma potrebbe aver influenzato in maniera rilevante il modo in cui la vittima vive e agisce nella sfera sessuale, con la manifestazione di comportamenti problematici che possono compromettere il benessere emotivo e le relazioni intime. Il punteggio ottenuto ( $p = 0.015$ ) nella variabile dell'autopercezione compromessa (ISR) indica che le donne che hanno vissuto un trauma possono avere un'immagine di sé alterata e svalutata, spesso dovuta ai sentimenti di colpa e vergogna che derivano dall'esperienza di violenza.

Infine, facendo riferimento al modello a tre fattori del TSI, si nota immediatamente che tutti e tre i fattori principali TRAUMA, DYSPHORIA SELF e SEX PROBLEMS



risultano significativi statisticamente, con un *p-value* rispettivo di  $p = 0.015$ ,  $p = 0.015$  e  $p = 0.035$ . I risultati ottenuti sono in linea con quanto riscontrato in letteratura: le vittime di violenza riportano molto spesso sintomi legati al PTSD, come esperienze intrusive, evitamento, iperattivazione e problemi di regolazione emotiva. Le donne che appartengono al gruppo IPV 1 inoltre potrebbero aver sviluppato un'immagine di sé distorta o negativa come conseguenza dell'esperienza traumatica e come si è già potuto constatare nella variabile ISR.

### **5.3 Regressioni lineari**

A partire da questo punto saranno prese in analisi le prime quattro regressioni lineari svolte al fine di valutare i possibili rapporti di dipendenza tra variabili diverse e, di conseguenza, comprendere se una variabile può essere predittiva di un'altra oppure no. Nel caso specifico di quest'indagine, le regressioni lineari sono state impiegate con l'obiettivo di evidenziare un possibile legame di predizione tra la salute mentale e fisica delle partecipanti e i tre fattori principali del Trauma Symptoms Inventory: in questo modo, è stato possibile comprendere se la sintomatologia traumatica (variabile indipendente) fosse predittrice di una buona o di una scarsa qualità della salute mentale e/o fisica (variabile dipendente) delle donne che hanno aderito allo studio.

Nella prima e nella seconda regressione lineare è stata presa in considerazione come variabile dipendente dapprima la salute fisica (PCS12) e, in un secondo momento la salute mentale (MCS12) delle 49 partecipanti che non hanno riportato alcun episodio di violenza interpersonale. Come è possibile notare dalla visione della Tabella 4, non è emerso nessun legame statisticamente significativo ( $p = 0.927$ ) tra la sintomatologia traumatica e la qualità della salute fisica delle donne. Non risulta quindi necessario procedere con l'analisi dei coefficienti, poiché nessuna delle tre variabili indipendenti ha un ruolo nel predire la qualità della salute fisica. Per quanto riguarda invece la salute mentale, ci si accorge che il collegamento con la sintomatologia traumatica è assolutamente significativo ( $p < 0.001$ ). Tuttavia, in questo caso, nessuna delle tre variabili indipendenti risulta predittiva, se non la disforia che si avvicina al limite della significatività ( $p = 0.053$ ). È possibile, perciò, affermare che la sintomatologia traumatica ricopre un ruolo importante nel predire la qualità della salute mentale e che, in particolare, all'aumentare della disforia potrebbe diminuire il punteggio MCS12, indicando così una scarsa qualità in termini di salute mentale.

Campione	Variabile dipendente	F	p	Trauma	Disforia	Problemi sessuali
IPV 0	PCS12	0.153	0.927			
IPV 0	MCS12	15.399	0.000***		$\beta = -0.910; p = 0.053$	
IPV 1	PCS12	2.477	0.068			$\beta = 0.635; p = 0.046^*$
IPV 1	MCS12	15.254	0.000***		$\beta = -0.691; p = 0.054$	

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

Tabella 4. *Regressioni lineari IPV 0 e IPV 1*

Successivamente, si è voluto indagare se la qualità di vita mentale e fisica venisse in qualche modo influenzata dalla sintomatologia traumatica nel campione di 101 donne che hanno riportato di aver subito un qualsiasi tipo di violenza interpersonale. Come è possibile notare continuando ad osservare la Tabella 4, la sintomatologia traumatica ricopre in entrambi i casi un ruolo nel predire la qualità della salute mentale ( $p < 0.001$ ) e fisica ( $p = 0.068$ ) delle donne che hanno subito violenza. In particolare, esiste un collegamento tra la qualità di salute fisica e le difficoltà riportate nell'ambito sessuale ( $p = 0.046$ ): tuttavia, osservando attentamente i dati nella tabella, emerge che all'aumentare del punteggio dei problemi sessuali, vi è un aumento anche del punteggio PCS12. Si tratta di un risultato interessante e che richiederebbe ulteriori approfondimenti in futuri studi. Potrebbe essere interpretato come se le donne che riconoscono o affrontano i loro problemi sessuali abbiano anche accesso a un migliore supporto medico o psicologico, andando così ad influenzare positivamente la loro percezione della salute fisica. Soffermandoci invece sulla salute mentale delle partecipanti, l'unica variabile che si avvicina alla soglia della significatività è quella della disforia ( $p = 0.054$ ), indicando probabilmente che la disforia emotiva potrebbe avere un effetto più pronunciato sul benessere mentale delle donne vittime di violenza e che il disagio psicologico associato a tale disforia potrebbe rappresentare un fattore importante da considerare per eventuali interventi di supporto psicologico.

#### 5.4 Sottocampione vittime di violenza emotiva, sessuale e fisica

Le ultime due regressioni lineari che saranno analizzate in questo paragrafo fanno riferimento a uno specifico sottocampione che richiede un approfondimento dedicato. Si è cercato infatti di comprendere se la sintomatologia traumatica potesse in qualche modo predire la qualità della salute fisica e mentale esclusivamente delle 18 partecipanti che, rispondendo alle domande del questionario, hanno riportato di aver fatto esperienza di tutte e tre le tipologie di violenza, sia emotiva, che fisica, che sessuale. Questa sottopopolazione risulta essere diversa e quasi opposta a quelle analizzate in precedenza,

in quanto la salute fisica viene influenzata dalla sintomatologia traumatica, mentre quella mentale diventa non significativa (Tabella 5).

Variabile dipendente	F	<i>p</i>
PCS12	14.169	0.004**
MCS12	1.367	0.340

\**p*<.05; \*\**p*<.01; \*\*\**p*<.001

Tabella 5. *Regressione lineare ANOVA*

Osservando i dati della Tabella 6 e focalizzandosi sulla salute fisica delle vittime, emerge che i fattori emotivi e sessuali rivestono un ruolo significativo nella percezione del benessere fisico. Il trauma, con un punteggio altamente significativo ( $\beta = 3.200$ ,  $p = 0.002$ ), ha un impatto positivo sulla salute fisica e, anche se questo risultato può sembrare controintuitivo, suggerisce in realtà la percezione della salute fisica può essere influenzata da una combinazione di fattori che non sono stati misurati direttamente ma che potrebbe essere interessante tenere in considerazione per future ricerche, come ad esempio il supporto sociale o la capacità di coping. Perciò, nonostante l'impatto emotivo e mentale della violenza, alcune donne riescono a mantenere una percezione relativamente positiva della loro salute fisica. Procedendo con l'analisi, la disforia emotiva è un fattore altamente negativo per la salute fisica ( $p = 0.002$ ), il che evidenzia come il disagio psicologico possa tradursi in problemi fisici. Questo è un risultato in linea con la letteratura che mostra una forte correlazione tra stress emotivo e benessere fisico. Infine, i problemi sessuali influiscono negativamente sulla percezione della salute fisica ( $p = 0.047$ ), anche se in misura minore rispetto alla disforia. Questo potrebbe suggerire che le difficoltà sessuali, spesso associate a traumi passati, potrebbero non solo avere un impatto psicologico, ma anche fisico, riducendo la qualità di vita delle donne che hanno subito violenza.

Per quanto concerne la salute mentale delle donne invece, nessuna delle variabili indipendenti ha mostrato un effetto statisticamente significativo sul punteggio MCS12, poiché tutti i *p-value* sono superiori a 0.05. Nonostante questo, i coefficienti  $\beta$  suggeriscono che il trauma e la disforia, seppur non raggiungono la significatività statistica (rispettivamente  $\beta = -0.558$ ,  $p = 0.687$ ;  $\beta = -0.542$ ,  $p = 0.610$ ) hanno effetti negativi più accentuati sulla salute mentale delle vittime, se messi a confronto con i problemi sessuali ( $\beta = 0.485$ ,  $p = 0.683$ ). Questo modello, tuttavia, evidenzia una certa incertezza nelle stime, a causa dagli alti errori standard associati ai coefficienti. I risultati

ottenuti in quest'ultima regressione, quindi, potrebbero indicare la necessità di condurre questa specifica indagine su un campione di individui più esteso.

Variabile dipendente	Variabile indipendente	$\beta$	$p$
PCS12	Trauma	3.200	0.002**
	Disforia	-2.344	0.002**
	Problemi sessuali	-1.284	0.047*
MCS12	Trauma	-0.558	0.687
	Disforia	-0.542	0.610
	Problemi sessuali	-0.485	0.683

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

Tabella 6. *Coefficienti della regressione lineare*

I risultati ottenuti sia nella sfera della salute fisica, che nella sfera del benessere mentale di questo sottocampione, suggeriscono che si tratta di un gruppo a cui porre particolare attenzione e che potrebbe avere necessità cliniche e di intervento specifiche, sia sul piano fisico che psicologico, al fine di migliorare la qualità di vita complessiva di queste donne.

## 5.5 Discussione

Questa ricerca parte dall'idea che subire violenza interpersonale possa avere conseguenze negative sulla salute mentale e fisica delle donne. L'obiettivo principale è stato esplorare le conseguenze a livello di sintomi post-traumatici per vedere se fossero legati a episodi di violenza emotiva, fisica o sessuale.

I risultati, ottenuti tramite il test di Mann-Whitney. Hanno evidenziato che la violenza ha un impatto significativo e duraturo sulla salute mentale e sessuale delle vittime. Il trauma si manifesta non solo nei sintomi post-traumatici tipici, come ansia, disforia ed evitamento, ma anche in difficoltà legate all'intimità e alla gestione delle emozioni.

Infine, le analisi con regressioni lineari hanno confermato l'ipotesi iniziale secondo cui le vittime di violenza interpersonale sviluppano sintomi post-traumatici e altre problematiche che incidono negativamente sul loro benessere fisico e psicologico.

## **Capitolo 6. Considerazioni finali**

### **6.1 Limiti**

Per valutare adeguatamente la ricerca svolta, non è possibile tralasciare l'analisi dei suoi limiti, primo fra tutti la dimensione del campione utilizzato. Nonostante siano state tenute in considerazione le risposte di 150 donne, la dimensione ridotta potrebbe limitare la generalizzabilità dei risultati, specialmente per alcuni sottogruppi, come ad esempio il sottocampione composto da 18 donne che hanno riportato tutti e tre i tipi di violenza.

Inoltre, potrebbe esserci la possibilità che alcuni partecipanti abbiano riportato informazioni incomplete o distorte a causa di bias cognitivi o sociali. Ad esempio, gli individui che hanno preso parte allo studio, potrebbero aver sottostimato i propri problemi sessuali o psicologici per evitare di affrontarli apertamente o per minimizzarne l'entità. Questa tipologia di bias potrebbe avere un impatto sui risultati dell'indagine, specialmente in relazione ai problemi relativi alla sfera sessuale che molto spesso sono oggetto di stigma e imbarazzo. D'altra parte, però, bisogna tenere in considerazione che, dal momento che il questionario è stato divulgato tramite l'utilizzo di piattaforme social, le persone che hanno partecipato potrebbero essere quelle più inclini a parlare della loro esperienza di violenza, escludendo altre popolazioni.

Infine, lo studio non prende in considerazione alcune variabili potenzialmente influenti come il supporto sociale e le capacità di coping, fattori che potrebbero invece influire abbastanza sui punteggi ottenuti e che potrebbero avere un ruolo rilevante nel modellare la risposta post-traumatica.

Tutte le limitazioni appena citate potrebbero aver influenzato i risultati e, per questo, dovrebbero essere tenute in considerazione nelle ricerche future.

### **6.2 Punti di forza**

L'utilizzo di tecniche statistiche molto robuste come il test di Mann-Whitney, ANOVA e le regressioni lineari, ha permesso di garantire una solida base per l'interpretazione dei dati, fornendo allo stesso tempo un'evidenza empirica delle correlazioni tra violenza e sintomatologia post-traumatica.

Inoltre, l'estrema dettagliatezza del questionario ha permesso un'analisi approfondita e completa delle varie dimensioni del problema. Facendo invece riferimento al campione che ha risposto alle domande somministrate, si sottolinea la focalizzazione sulla

popolazione specifica di sesso femminile che ha consentito l'esplorazione di dinamiche più complesse e sottovalutate della violenza interpersonale.

Osservando i risultati ottenuti dalla ricerca svolta, è possibile notare che la violenza ha un impatto significativo sulla salute mentale delle vittime, con sintomatologie come ansia, depressione, disforia e disturbi legati alla sfera sessuale: questi dati sono in linea con la letteratura pregressa e perciò rafforzano la validità dello studio.

### **6.3 Direzioni future di ricerca**

La ricerca futura potrebbe esplorare ulteriormente gli aspetti strettamente legati alla disforia e ai problemi sessuali, in maniera tale da offrire terapie specifiche, come ad esempio il supporto psicologico sessuale, agli individui che ne soffrono. Per di più, sarebbe importante approfondire come i diversi meccanismi di coping e supporto sociale influenzano il benessere fisico e mentale delle vittime.

Inoltre, come è stato possibile notare dall'indagine svolta, i traumi rivestono un ruolo importante nel peggioramento della salute fisica e mentale: i professionisti dovrebbero quindi ricevere una formazione specifica in merito, al fine di affrontare adeguatamente l'esperienza traumatica per promuovere il recupero del benessere sia fisico che mentale delle vittime.

In aggiunta, facendo riferimento al sottocampione che ha fatto esperienza di tutti e tre i tipi di violenza presi in considerazione, è utile che le ricerche future si direzionino nell'implementazione di interventi terapeutico-riabilitativi specifici e mirati a questa particolare fascia di popolazione.

È stato possibile anche osservare chiaramente che la violenza possiede un effetto duraturo e significativo sulla salute delle vittime e, pertanto, risulta di fondamentale importanza adottare interventi tempestivi che seguano un approccio di tipo olistico, multidimensionale e multidisciplinare con l'obiettivo di alleviare gli effetti della violenza nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita e di una riduzione del rischio di sviluppo di problemi fisici o di sintomatologia post-traumatica.

Infine, i risultati ottenuti grazie a quest'indagine ribadiscono l'importanza di ulteriori ricerche, in primo luogo per esplorare in modo più approfondito i meccanismi attraverso cui il trauma compromette il benessere psicofisico e sessuale, e in secondo luogo per monitorare nel tempo l'evoluzione della sintomatologia post-traumatica servendosi di studi longitudinali.

## **Conclusioni**

Questo studio rappresenta un importante passo in avanti nell'esplorazione delle conseguenze della violenza interpersonale sulle donne, con un focus particolare sulla sintomatologia post-traumatica. La complessità dei risultati evidenzia la necessità di approcci integrati e personalizzati che considerino non solo l'impatto sulla salute mentale, ma anche le conseguenze sulla sfera sessuale e sull'autopercezione del corpo.

I risultati ottenuti in questa ricerca sono in linea con la letteratura esistente e confermano che la violenza ha un impatto devastante sia a livello fisico che psicologico. È stato inoltre raggiunto con successo l'obiettivo iniziale di dimostrare la correlazione tra l'essere stati vittima di violenza interpersonale e lo sviluppo di sintomatologia post-traumatica.

La connessione tra violenza emotiva, fisica e sessuale e il deterioramento della salute mentale è evidente, ma lo studio va oltre, suggerendo che anche le dinamiche legate all'intimità e alla sessualità sono profondamente compromesse. Questo mette in luce un aspetto spesso trascurato del trauma: l'impatto duraturo e talvolta invisibile che esso ha sulle relazioni più intime e sull'identità personale delle vittime.

Inoltre, la variabilità delle risposte al trauma rappresenta un punto chiave di riflessione. Il fatto che alcune vittime mantengano una percezione relativamente positiva della loro salute fisica, nonostante le esperienze di violenza, indica la presenza di meccanismi di coping che possono giocare un ruolo protettivo. Questi meccanismi, che possono includere il supporto sociale, la resilienza psicologica o l'accesso a cure mediche, sono spesso sottovalutati nella ricerca. Ciò apre nuove direzioni di studio che potrebbero aiutare a spiegare come e perché alcune vittime riescono a mantenere una certa funzionalità fisica, mentre altre soffrono di conseguenze psicologiche e fisiche più gravi.

La forte associazione tra traumi e sintomi fisici e psicologici sottolinea la necessità di introdurre nuove campagne di prevenzione contro la violenza che siano efficaci e d'effetto, nonché interventi precoci specifici per le vittime di violenza. Come osservato, il trauma non è un fenomeno lineare e la sua manifestazione può variare considerevolmente in base a fattori individuali, sociali e culturali. Ciò richiede una risposta altrettanto complessa e sfaccettata, che tenga conto delle specifiche esigenze fisiche, psicologiche e relazionali delle vittime, offrendo interventi mirati e personalizzati.





## **Bibliografia e Sitografia**

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> Edition, Washington DC (2013)
2. Antonio Vita, Liliana Dell'Osso, Armida Mucci, Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica, Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale, Volume 1 Psichiatria Clinica, Giovanni Fioriti Editore Roma (2018)
3. Breslau N., Chase G., Anthony J., Psychological Medicine, The uniqueness of the DSM definition of post-traumatic stress disorder: implications for research (2002)
4. Brewerton T. & Brady K., Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders, The Role of Stress, Trauma, and PTSD in the Etiology and Treatment of Eating Disorders, Addictions, and Substance Use Disorders (2014)
5. Brewin C., Andrews B., Valentine J., Journal of Consulting and Clinical Psychology, Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults (2000)
6. Bryant R., Creamer M., O'Donnell M., Forbes D., McFarlane A., Silove D., Hadzi-Pavlovic D., JAMA Psychiatry, Acute and Chronic Posttraumatic Stress Symptoms in the Emergence of Posttraumatic Stress Disorder (2017)
7. Campbell J., Jones A., Dienemann J., Kub J., Schollenberger J., O'Campo P., Gielen A., Wynne C., Archives of Internal Medicine, Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences (2002)
8. Cappell H., Greeley J., New York: Guilford Press, Alcohol and tension reduction: an update on research and theory (1987)
9. Decreto Ministeriale n. 182 del 29 Marzo 2001 (GU n. 115 del 19 Maggio 2001), Regolamento concernente l'individuazione della Figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
10. Gambetti E., Bensi L., Nori R., Giusberti F., Epidemiology and Psychiatric Sciences, The Trauma Symptom Inventory: Italian validation of an instrument for the assessment of post-traumatic symptoms (2011)
11. Garcia-Moreno C., Jansen H., Ellsberg M., Heise L., Watts C., The Lancet, Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence (2006)
12. Hari Seshasayee, Wilson Center, Addressing the Historical Roots of Gender-Based Violence in Twenty-First-Century (2019)
13. <https://allin.tulane.edu/content/timeline-history-sexual-violence-us>

14. <https://www.1522.eu/>
15. <https://www.camera.it/>
16. <https://www.caribbeanstudiesassociation.org/gender-based-violence-in-the-caribbean-historical-roots-contemporary-continuities/>
17. <https://www.issalute.it/>
18. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2009.1856>
19. <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/dolore/dolore-cronico>
20. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_3664\\_listaFile\\_itemName\\_10\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3664_listaFile_itemName_10_file.pdf)
21. <https://www.treccani.it/>
22. <https://www.wilsoncenter.org/publication/addressing-historical-roots-gender-based-violence-twenty-first-century-india>
23. James C. Watson, MD, Mayo Clinic College of Medicine and Science (2022)
24. Li L., Shen X., Zeng G., Huang H., Chen Z., Yang J., Wang X., Jiang M., Yang S., Zhang Q., Li H., BMC Women's Health, Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world (2023)
25. Ministero della Salute, Informativa n. 239 (2014)
26. Radley J., Sawchenko P., Journal of Neuroscience, A common substrate for prefrontal and hippocampal inhibition of the neuroendocrine stress response (2011)
27. Resnick H., Kilpatrick D., Dansky B., Saunders B., Best C., Journal of Consulting and Clinical Psychology, Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women (1993)
28. Roberta F., Lucia F., Debora P., Elga R., Donatella U., Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Alpes Italia srl (2019)
29. Ruiz-Pérez I., Plazaola-Castaño J., Álvarez-Kindelán M., Palomo-Pinto M., Arnalte-Barrera M., Bonet-Pla Á., De Santiago-Hernando M. L., Herranz-Torrubiano A., Garralón-Ruiz L. M., Annals of Epidemiology, Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women (2006)
30. Santos A., Monteiro C., Feitosa C., Veloso C., Nogueira L., Andrade E., Revista da Escola de Enfermagem da USP, Tipos de transtornos mentais não psicóticos em mulheres adultas violentadas por parceiro íntimo: uma revisão integrative (2018)

31. Stewart S., Conrod P., Pihl R., Dongier M., *Psychology of Addictive Behaviors*, Relations between posttraumatic stress symptom dimensions and substance dependence in a community-recruited sample of substance-abusing women (1999)
32. Tiihonen Möller A., Bäckström T., Söndergaard H., Helström L., *PLoS ONE*, Identifying Risk Factors for PTSD in Women Seeking Medical Help after Rape (2014)
33. Ullman S., Townsend S., Filipas H., Starzynski L., *Psychology of Women Quarterly*, Structural Models of the Relations of Assault Severity, Social Support, Avoidance Coping, Self-Blame, and PTSD Among Sexual Assault Survivors (2007)
34. Volpicelli J., Balaraman G., Hahn J., Wallace H., Bux D., *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction (1999)
35. Wong S. & Chang J., *Journal of Interpersonal Violence*, Altered Eating Behaviors in Female Victims of Intimate Partner Violence (2016)
36. Wuest J., Ford-Gilboe M., Merritt-Gray M., Wilk P., Campbell J., Lent B., Varcoe C., Smye V., *Journal of Women's Health*, Pathways of Chronic Pain in Survivors of Intimate Partner Violence (2010)



## **Ringraziamenti**

Ed eccomi arrivata anche alla fine di questo percorso dopo tanto impegno, ansia e notti insonni.

Dire che è stato difficile sarebbe riduttivo e non lascerebbe spazio a tutte le cose che mi sono successe in questi ultimi tre anni, nella buona e nella cattiva sorte. Posso però esprimere con certezza che sì, ce l'ho fatta con le mie forze, ma che se sono riuscita ad arrivare fino a qui è anche grazie a tutte quelle persone che non hanno mai esitato a prestarmi aiuto quando ne avevo più bisogno.

Non sono solita esplicitare in maniera così diretta le emozioni che provo nei confronti delle persone a cui voglio bene, forse per vergogna o semplicemente per orgoglio personale. Non sarà quindi facile per me scrivere tutte le righe che seguono, ma spero che lo sforzo venga apprezzato.

Grazie a Paolo, il mio relatore. Grazie per avermi accompagnata nella creazione di questo lavoro, per i suoi consigli e per la sua disponibilità. Grazie per avermi sempre messa a mio agio quando credevo di non farcela, grazie perché non si è mai tirato indietro.

Ai miei genitori. Le mie fonti di ispirazione che non hanno mai smesso di credere in me per un solo momento, riuscendo così a convincere anche me che ne sarei stata capace.

A mia mamma. Mamma, per tutte quelle volte che abbiamo litigato e che non ho saputo chiederti scusa. Per tutte quelle volte che non sono riuscita a dirti "ti voglio bene". Grazie per essere stata la facilitatrice di questo cammino, offrendo senza mai pensarci le tue mani per sorreggere la mia aggrovigliata matassa di problemi. Grazie per avere sempre in tasca la soluzione più adatta ad ogni situazione. Grazie per i tuoi "domani è un altro giorno e si vedrà".

A mio papà. Grazie per essere stato sempre la mia porta aperta e per avermi sempre ascoltata. Nel tuo silenzio sei riuscito ad essere presente e speciale, compensando la parlantina della mamma. Grazie per avermi sopportata e supportata.

A mio fratello. La persona più forte che io conosca. La persona che non è mai stata capace di darmi un consiglio senza mettermi in mezzo le citazioni di un meme. Grazie per tutti i sorrisi strappati anche quando ti chiamavo al telefono in lacrime credendo di non farcela. Grazie per avermi accolta sempre, ascoltandomi senza giudizio né cercando torto o ragione. Sei la mia piccola stella alta 1 metro e 85, ma che resterà sempre piccola.

Ai miei nonni. Le mie àncore di salvezza nei momenti di confusione che anche se distanti, come la luce abbagliante di un faro avete saputo indicarmi la direzione facendomi sentire la vostra vicinanza.

A mia nonna. Nonna, anche se sei piccolina, sei la mia montagna. Sei grande e insormontabile, nessuno sarà mai in grado di buttarti giù. Grazie per la tua sincerità, per i tuoi incoraggiamenti e per prenderti cura di te stessa e del nonno.

A mio nonno. A te, che sei così simile a me e che sai alleggerire le situazioni poco sostenibili con le tue perle di saggezza e le tue battute. Grazie per non esserti mai arreso di fronte a nulla, grazie perché continui a non arrenderti mai e grazie perché, nei tuoi silenzi, sei sempre riuscito a non farmi pesare sulle spalle le situazioni più difficili.

A Luca. Amore mio, grazie per essere la mia campana di vetro che mi protegge dalla tempesta quando fuori piove e dai raggi del sole quando bruciano troppo. Grazie per essermi stato vicino in ogni momento di questo percorso, da quelli gioiosi a quelli più bui. Mi hai insegnato ad amare e ad amarmi, a credere in me e a dimostrare a tutti che sono capace. Grazie per farmi ridere con i tuoi atteggiamenti e con i tuoi modi di fare. Anche se non sarà per sempre, ti sono e ti sarò sempre grata per tutto ciò che hai fatto e che continui a fare per me.

A Laura e a Marco. Grazie per avermi presa in adozione come se fossi stata una terza figlia. Grazie per essere la mia fonte di distrazione dai miei problemi. Siete i fiori che crescono sul davanzale di una casa abbandonata. Grazie Laura per gli abbracci non richiesti ma sentiti.

A Sara. Grazie per essermi stata vicina a modo tuo. Conoscendo il tuo modo di dimostrare affetto, posso dire di averne ricevuto molto e di sentirmi apprezzata. Grazie per non essere mai indisponente e per lasciare sempre la porta di casa aperta quando ne ho bisogno. Mi ritengo fortunata quando penso che posso contare su di te quando le cose non vanno per il verso giusto.

A Nicole. La mia migliore amica di una vita, la mia confidente, il mio passato, il mio presente, il mio tutto. Sarebbe riduttivo ringraziarti in così poche righe per tutto quello che fai per me ogni giorno. Ti sono infinitamente grata. Grazie per ascoltare tutti i miei problemi, per ridere insieme a me quando è il momento di farlo, per condividere e creare con me ricordi colorati della sfumatura della gioia e dell'amore che cadono su di noi come coriandoli leggeri. Grazie per non esserti mai stancata di stare al mio fianco da quindici

anni a questa parte, o forse anche di più. La nostra amicizia senza tempo è un qualcosa di così grande che non la cambierei nemmeno per tutto l'oro del mondo e per questo non posso fare altro che ringraziarti.

Ad Alessia e a Nana. Le persone più vicine a me in questo travagliato percorso. Grazie per aver condiviso insieme tutti i momenti che l'università porta inevitabilmente con sé. Grazie per le gioie, per i dolori, per i pianti e per le risate vissuti insieme. Senza di voi, tutto questo sarebbe risultato estremamente pesante e non sarei riuscita a vedere una luce in fondo al tunnel.

Grazie Alessia per il tuo instancabile supporto, anche di fronte ai disastri che non ho mai smesso di combinare fin dal primo giorno che ci siamo conosciute. Grazie per essere il mio completo opposto che eppure combacia perfettamente. Mi hai insegnato che anche i punti di vista più diversi possono trovare un comune accordo.

Grazie Nana per essere semplicemente te stessa. A te che sei pura come un fiore bianco col nettare giallo e luminoso come la spensieratezza che sai trasmettermi. Insieme condividiamo i petali di questo fiore che tutti uniti formano quella cosa bellissima che è la nostra amicizia. Grazie per scaldare il mio cuore con i tuoi modi di fare, grazie perché la tua energia positiva è talmente forte che è impossibile non sentirsi meglio quando ci sei tu.

Grazie anche a tutte le persone che oggi avrei voluto festeggiassero con me questo traguardo ma che purtroppo, ad oggi, non si sono dimostrate quelle giuste per coronare questo cammino. Grazie perché il vostro iniziale supporto è stato comunque fondamentale per essere chi sono oggi e per raggiungere quanto mi ero prefissata. Anche voi, come un timido sole invernale, siete stati capaci di scaldarmi fino a quando le nuvole del temporale hanno fatto tornare il gelo tipico della stagione.

Infine, grazie a me. Grazie perché non ti sei mai arresa di fronte a niente, grazie per apprezzare la tua testardaggine a cui tanti non piace, grazie per sbattere la testa sulle cose finché non ottieni quello che vuoi. A te che nessuno ti conosce meglio di qualsiasi altra persona, a te che hai affrontato tanto ma facendoti comunque carico dei bisogni degli altri, pur di vederli stare bene. A te che sei la persona più resiliente che io conosca. "A te che non ti piaci mai ma sei una meraviglia" come dice la canzone che ti ha dedicato il tuo papà quando eri piccina e spensierata. Sei forte, sei capace, sei importante.