



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA

VIOLENZA DI GENERE: L'INTIMATE PARTNER VIOLENCE

Relatrice: Professoressa Stefania Cristofanelli

Laureanda: Carola Lama

N° matricola: 20 D03 213

Indice

Introduzione	4
Capitolo 1. Le violenze di genere	7
Capitolo 1.1 La cultura dello stupro	11
Capitolo 1.2 <i>Intimate partner violence</i>	17
Capitolo 1.3 <i>Intimate partner sexual violence</i>	19
Capitolo 2. Le relazioni abusanti	25
Capitolo 2.1 Il soggetto abusante	29
Capitolo 2.2 Il soggetto abusato	36
Capitolo 2.3 La dipendenza affettiva	40
Capitolo 3. Il trauma	45
Capitolo 3.1 Fattori di rischio e fattori di protezione	49
Capitolo 3.2 Strategie di <i>coping</i> e reazioni soggettive al trauma	52
Capitolo 3.3 Conseguenze psicopatologiche del trauma	55
Capitolo 3.4 Disturbo da stress post-traumatico e <i>intimate partner violence</i>	58
Capitolo 3.5 PTSD a confronto tra DSM-5 e PDM-2	62
Conclusioni	66
Bibliografia	68
Sitografia	83
Ringraziamenti	84

Introduzione

«Se un mostro è un corpo spaventoso
perché fuori controllo, una donna mostruosa
è una donna libera dal controllo dell'uomo.»

Jude Ellison S. Doyle, 2021

La violenza di genere è una delle tante forme di violenza proprie del nostro tempo, così come delle epoche passate e di quelle future. Da sempre le donne vengono abusate, picchiate e maltrattate in quanto tali. Le statistiche confermano che questo accade su larga scala e in tutto il mondo, ovvero in tutte le culture. Per altro, ciò si verifica maggiormente quando la violenza è perpetrata da parte di un partner più o meno intimo. L'*intimate partner violence* produce delle conseguenze fisiche sul corpo della donna, ma anche conseguenze sul piano psichico. Per questo motivo, nella presente tesi verrà approfondito il tema della violenza di genere e in particolare il fenomeno dell'*intimate partner violence*, tenendo in considerazione le conseguenze psicopatologiche che questi abusi possono avere sulla vittima.

Nel primo capitolo verranno analizzate le diverse forme di violenza di genere e quindi le violenze di genere che caratterizzano le relazioni tra partner, tra cui l'abuso psicologico, lo *stalking*, la violenza economica, ma anche l'abuso sessuale, lo *stealthing*, la coercizione riproduttiva e infine il femminicidio. Inoltre, verranno analizzati i fenomeni dell'*intimate partner violence* e dell'*intimate partner sexual violence*, riportando le conseguenze e i danni fisici che tali violenze possono avere sul corpo della vittima. È nel primo capitolo che verrà anche esaminata la struttura socioculturale che sostiene e normalizza tali forme di violenza, ovvero la cultura dello stupro. In particolare, verranno descritti i vari livelli della *rape culture* (*victim blaming*, "boys will be boys", *slut shaming*, *gender pay gap*, linguaggio sessista, *stalking*, *catcalling*, condivisione non consensuale di materiale intimo, coercizione riproduttiva, *stealthing*, violenza economica, violenza psicologica e domestica, stupro e femminicidio) e come essi siano in grado di sostenere, giustificare e normalizzare la violenza di genere.

Nel secondo capitolo verrà discusso il tema delle relazioni abusanti, individuando le diverse caratteristiche che possono accomunarle e/o differenziarle. Si pensi ad esempio alle varie forme di manipolazione psicologica, come il *gaslighting* e il *breadcrumbing*; così come la litigiosità e/o la gelosia patologica da parte del partner. In aggiunta, nel secondo capitolo verranno

individuati i fattori di rischio che possono influire sullo sviluppo di una relazione abusante tra partner e anche il ciclo di violenza che può perpetrarsi in tali rapporti. Verranno analizzate anche le dinamiche tra le due figure che coesistono nel rapporto violento: il soggetto abusante e il soggetto abusato. In entrambi i casi verranno discussi i fattori di rischio che possono influire nello sviluppare un rapporto violento, sia dal punto di vista del maltrattante sia dal punto di vista della vittima. In particolare, verranno prese in considerazione sia le caratteristiche individuali sia quelle sociodemografiche, oltre ad un'analisi della teoria dell'attaccamento analizzando come lo stile di attaccamento sviluppato con i *caregiver* durante l'infanzia possa agire sulle relazioni future e sulla scelta del partner. Inoltre, per quanto riguarda il soggetto abusante verranno individuati anche diversi possibili quadri psicopatologici associati all'*intimate partner violence*, poiché la violenza di genere non ha solamente radici socioculturali, ma può anche essere correlata a specifici disturbi psicopatologici. Infine, verrà trattato il tema della dipendenza affettiva per comprendere come la vittima possa rimanere all'interno della relazione violenta nonostante i maltrattamenti subiti, tenendo in considerazione anche altre sindromi che la vittima può sviluppare, come la sindrome di Stoccolma domestica e la sindrome della donna maltrattata. Verrà tuttavia specificato come la dipendenza affettiva possa caratterizzare anche la figura dell'abusante e non solo la figura del soggetto abusato.

Nel terzo capitolo verrà esaminato il concetto di trauma, individuando le diverse forme che esistono (tipo I, tipo II, tipo III, tipo IV e tipo V) e come la risposta dei soggetti agli *stressor* traumatici possa differenziarsi in base alle caratteristiche individuali e ambientali. Verrà quindi spiegata l'associazione tra trauma e stress, oltre che il possibile vissuto emotivo associato all'evento traumatico. Inoltre, nel terzo capitolo verranno individuati i fattori di rischio e di protezione che possono intercorrere nello sviluppare un disturbo da stress post-traumatico o meno. In particolare, verrà anche esaminato il modello vulnerabilità-stress e come esso si collega alla resilienza soggettiva dell'individuo. All'interno di un continuum tra vulnerabilità, resilienza e stress può aumentare o diminuire la possibilità di sviluppare una psicopatologia. In aggiunta, verranno descritte le reazioni soggettive al trauma e le strategie di *coping* in risposta agli *stressor* traumatici, che possono essere adattive, disadattive, attive o passive. Nel terzo capitolo verranno anche individuate le conseguenze psicopatologiche che possono svilupparsi in seguito ad un'esperienza traumatica: disturbi dissociativi, depersonalizzazione e/o derealizzazione, disturbi dell'adattamento, amnesie dissociative e il disturbo da stress post-traumatico. Verrà quindi analizzata anche la sintomatologia propria del disturbo da stress post

traumatico e come esso possa correlarsi ai casi di abuso e di *intimate partner violence*. Infine, verrà fatto un confronto tra il disturbo da stress post-traumatico nel DSM-5 e nel PDM-2.

Capitolo 1.

Le violenze di genere

La violenza abita diversi contesti ed è capace di evolvere in diverse forme, una di esse è la violenza di genere. Come sancito nella convenzione di Istanbul nel 2011, con violenza di genere si intende «una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che nella vita privata» (art. 3 lett. a, 2011, p. 3). Di conseguenza, è possibile affermare che la violenza di genere assuma profili differenti ed è bene specificare che non si tratta solamente di violenza fisica, ma anche di violenza psicologica, emotiva, verbale, economica, sessuale e racchiude tutti i tentativi di coercizione, isolamento e molestie nei confronti delle donne (Poggi, 2017).

Quindi, è possibile parlare di violenze di genere al plurale per racchiudere al meglio la loro numerosità. In questo caso, si parlerà di violenza contro le donne basata sul genere per identificare l'atto di violenza nei confronti delle donne in quanto tali e in maniera non trascurabile. Pertanto, l'obiettivo non sarà quello di adottare una prospettiva sessista e riduzionista del problema individuando nell'uomo l'unico perpetratore di violenza, ma in questo specifico caso si andrà ad analizzare la violenza di genere commessa ai danni delle donne in quanto statisticamente superiore in termini di frequenza (Gino, Freilone, Biondi, Ceccarelli, Veggi, Zara, 2019).

L'abuso psicologico ed emotivo non risulta essere una tipologia di violenza del tutto visibile, ma non per questo danneggia meno la vittima che la subisce. La violenza psicologica è una forma di violenza per lo più verbale e si sviluppa nel momento in cui la relazione tra i due soggetti non è paritaria. Non per forza la violenza verbale e psicologica è da considerare come antecedente ad altre forme di violenza, poiché rappresenta una tipologia a sé stante. Il soggetto abusante mira a controllare, isolare e punire verbalmente la vittima, umiliandola, svalutandola e colpevolizzandola. Ne consegue che la persona abusata non sempre riconoscerà consapevolmente di essere una vittima, ma sperimenterà un vissuto di forte sofferenza, che minerà anche la sua autostima. Lo sminuimento continuo del partner potrebbe causare nella vittima anche un forte senso di inadeguatezza, di vergogna e un senso di colpa di fronte alle

continue imposizioni e limitazioni. Sebbene ad oggi non sembri ancora esistere una definizione univoca per descrivere questo tipo di abuso, per riconoscerla servirebbe identificare in modo più puntuale alcuni aspetti, come ad esempio le diverse forme di dominanza che lo caratterizzano: «l'autorità, che riguarda i processi di presa di decisione e descrive quelle relazioni non egualitarie in cui uno dei due partner ha un maggior potere decisionale; la restrittività, che designa tutte quelle strategie attraverso cui un partner impedisce all'altro di frequentare certe persone e certi luoghi ed, infine, la denigrazione, che comporta la svalutazione e il disprezzo di un partner verso l'altro» (Hamby 1996, p.199-212). La violenza psicologica sembra quindi racchiudere in sé differenti tratti, tra cui il controllo e la dominanza, che hanno come scopo l'induzione di paura nella vittima, che è assoggettata dal partner, potendo perdere in parte il contatto con sé stessa e con la propria esperienza di vita (Hamby, 1996).

La seconda forma di violenza che verrà analizzata è quella dello *stalking*. Come sancito e definito dal Codice penale, lo *stalking* è compiuto da «chiunque, con condotte reiterate, minaccia o molesta taluno in modo da cagionare un perdurante e grave stato di ansia o di paura, ovvero da ingenerare un fondato timore per l'incolumità propria o di un prossimo congiunto o di una persona al medesimo legata da relazione affettiva, ovvero da costringere lo stesso ad alterare le proprie abitudini di vita» (art. 612-bis c.p., 2009, p. 248). Lo *stalking* rappresenta una forma di violenza in quanto limita la libertà nella vita della vittima, con continue e temute persecuzioni da parte dello *stalker*. Si pensi ad esempio all'angoscia che la vittima è costretta a provare vivendo le proprie giornate con il continuo sgomento di ricevere minacce, pedinamenti, telefonate e messaggi non richiesti. La conseguenza è che queste perpetue intimidazioni possano anche cambiare le abitudini di chi le patisce, costringendo ad esempio le vittime a cambiare numero telefonico, percorsi quotidiani, e-mail, casa e/o lavoro. Lo *stalking* presenta una caratteristica importante da riportare: non per forza è perpetrato da un soggetto conosciuto, può anche essere una violenza condotta al termine di una relazione o da parte di sconosciuti: «lo *stalking* ha come movente il controllo diretto e l'imposizione della propria forza su chi viene preso di mira» (Vagnoli 2021, p.66).

La terza forma di violenza che verrà descritta è la violenza economica, spesso associata all'isolamento sociale a cui sono costrette le vittime da parte degli abusanti. Come le precedenti, anche questa tipologia di coercizione presuppone che la donna si trovi in uno stato di subalternità rispetto all'uomo che viola i suoi diritti, all'interno della famiglia e/o nella relazione affettiva. La violenza economica è traducibile in tutti quegli atti e comportamenti di controllo nei confronti della vittima, limitando il suo uso personale e la distribuzione del denaro di cui

dispone. Inoltre, la donna potrebbe essere costretta dall'abusante a lasciare il lavoro, a farsi carico dei debiti, con la conseguente negazione di poter essere partecipe al reddito familiare. Ancora una volta, la donna troverà logorata la propria libertà personale, con la conseguente impossibilità di essere indipendente ed eventualmente la difficoltà ad allontanarsi dalla relazione abusante. L'uomo si troverà ad avere un'autorità rilevante e un potere non indifferente nei confronti della partner, oltre a possedere una superiorità economica, ponendola in uno stato di dipendenza (Pellizzone, 2021).

Un'ulteriore forma di violenza che permea la nostra società è rappresentata dalla violenza sessuale. Come convalidato dal Codice penale, si fa riferimento all'abuso sessuale nei seguenti termini: «chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione. Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali: 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona» (art. 609-bis c.p., 1996, p.241).

Un aspetto significativo che riguarda la violenza sessuale è riscontrabile nell'assenza di consenso da parte della vittima: «il consenso deve sempre essere esplicitato: se una persona è incapace di farlo – se non è cosciente, se è in stato alterato, sotto minaccia, sotto ricatto, sotto effetto di stupefacenti o svenuta e addormentata – siamo di fronte a una violenza sessuale» (Vagnoli 2021, p.78).

Il consenso è una caratteristica intrinseca al rapporto sessuale e può essere ritrattato prima e/o durante lo stesso atto. Come affermato da Vagnoli (2021), socialmente sembra emergere l'idea e la falsa credenza che lo stupro riguardi sfere esterne a quelle familiari, che sia una realtà propria della "strada", connessa a stupratori non conosciuti dalla vittima.

Al contrario, come emerge dai dati ISTAT «le forme più gravi di violenza sono esercitate da partner, parenti o amici. Gli stupri sono stati commessi nel 62,7% dei casi da partner, nel 3,6% da parenti e nel 9,4% da amici. Anche le violenze fisiche (come gli schiaffi, i calci, i pugni e i morsi) sono per la maggior parte opera dei partner o ex. Gli sconosciuti sono autori soprattutto di molestie sessuali (76,8% fra tutte le violenze commesse da sconosciuti)» (Vagnoli 2021, p. 81-82). Lo stupro sembra dunque annidarsi maggiormente all'interno delle mura domestiche, tra le relazioni più intime, rendendosi meno visibile e più difficile da riconoscere. La violenza sessuale ha profonde conseguenze sia sulla psiche sia sul corpo delle donne che ne sono vittime. Le cause dirette riguardano l'aggressione fisica in sé, come ad esempio fratture, lividi,

contrazione di malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate e/o lesioni. Le cause indirette si sviluppano invece a livello psicopatologico, si pensi ad esempio allo stress, al malfunzionamento del sistema immunitario, alla depressione, all'abuso di sostanze, all'ansia, alla dissociazione, al *numbing* (rallentamento e intorpidimento delle reazioni) e/o allo sviluppo di sindromi da stress post traumatico. Le conseguenze elencate non riguardano solamente l'abuso sessuale, ma anche le forme di violenza precedentemente elencate, poiché da inserire all'interno di una dinamica violenta perpetrata dal partner sulla donna abusata (Romito, De Marchi, Gerin, 2008).

In associazione a quello che è l'abuso sessuale, è possibile identificare anche altre forme di violenza racchiuse nella sfera della sessualità, ad oggi ancora trascurate. Lo *stealthing* è un'azione che l'abusante commette nel momento in cui toglie o danneggia il preservativo durante l'atto sessuale (senza il consenso della partner), costringendo la vittima a proseguire il rapporto in maniera non protetta. Anche in questo caso, la donna abusata sarà esposta a gravidanze indesiderate e/o malattie sessualmente trasmissibili: «si tratta di una vera e propria forma di stupro che rientra nella cosiddetta coercizione riproduttiva» (Vagnoli 2021, p.76). La coercizione riproduttiva è dunque anch'essa una forma di violazione sessuale, dal momento che il partner non tiene conto del dissenso della donna, costringendola a non poter decidere riguardo alle proprie scelte riproduttive, arrogandosi il diritto e il potere di scegliere per lei rispetto alle tecniche di contraccezione da usare o non usare.

La violenza contro le donne basata sul genere sembra rendere le donne stesse degli oggetti da usare e possedere, in un'ottica fortemente deumanizzante. Quando controllare, abusare e isolare non è sufficiente, in determinati casi, si prosegue in quello che è l'annullamento totale della vita della vittima. Il femminicidio è l'azione finale commessa da coloro che pongono termine all'esistenza di una donna in quanto tale, eliminando per sempre la sua autonomia, indipendenza e libertà. I rapporti di coppia caratterizzati da forti gradi di stress e nervosismo possono condurre ad esiti profondamente sfiancanti per ambedue i partner, capaci di condurre ad azioni di grave violenza che possono terminare con l'uccisione di uno dei due partner (Varcoe et al., 2011). Si adotta il termine femminicidio quando si vuole andare ad indicare un omicidio commesso con movente associato al genere (*gender-based murder*), indipendentemente dalla relazione che intercorreva tra omicida e vittima. Dagli studi di Websdale (1999), Dejong e colleghi (2011) emerge tuttavia come la quantità di donne uccise dai propri partner sia notevolmente superiore rispetto al numero di vittime uccise da estranei.

Infine, ciascuna donna che ha subito un qualsiasi tipo di violenza o è sfuggita ad esse, comprese aggressioni gravi o tentati femminicidi, è definibile come una sopravvissuta, in inglese *survivor* (Morrison, 2005). Questo termine va ad indicare un possibile percorso di ripresa e guarigione che la vittima può riuscire ad affrontare, con l'obiettivo finale di riappropriarsi di sé stessa, così come del proprio corpo, ma anche della propria autonomia. Proprio perché ogni forma di violenza di genere annulla in parte o in toto l'identità della donna che la subisce, con il rischio di isolarla e distaccarla dalla realtà oltre che da una possibile rete sociale di cui dispone, costringendola a sentirsi sola e persa, portandola a perdere il contatto con il proprio corpo nel senso più fisico e viscerale, nell'ottica che sia l'uomo che abusa di lei a possederla nella sua integrità (Vagnoli, 2021).

1.1 La cultura dello stupro

La società odierna, così come quelle passate, tende a proporre una narrazione secondo cui le tragedie possono capitare: è possibile incontrare un uomo violento, è possibile subire una violenza sessuale; è possibile perché può accadere ed è "normale" che questo possa verificarsi, in ogni tipo di cultura. Questa normalizzazione diviene pericolosa e sembra essere connessa con quelli che vengono definiti i "miti dello stupro", come ad esempio valutare l'avvenenza una causa e un'esortazione alla violenza (Cerrato, 2011). I miti sarebbero in grado di influenzare il comportamento, strutturarne e giustificarlo. Permetterebbero di influire sulle scelte considerate prima di agire. Dal momento che il mito riesce in parte a educare e formare i soggetti, si può affermare che i miti dello stupro, con le loro giustificazioni, non risiedono solamente nella società più ampia, ma entrano anche a far parte degli organi istituzionali, che dovrebbero avere l'obiettivo di proteggere e rappresentare i cittadini e le cittadine (Cerrato, 2011).

Si pensi ad esempio all'intervista a Silvio Berlusconi rilasciata dal Corriere della Sera nel 2009 in seguito ad un ennesimo caso di stupro nella capitale, in cui il premier dichiarava come fosse "normale", in uno Stato militarizzato e poliziesco come l'Italia, che questo potesse avvenire. Secondo il politico, per contrastare la violenza sessuale sarebbero serviti troppi soldati quante sono "le belle ragazze italiane", per cui era ovvia l'impossibilità di far fronte al problema. Questi miti sociali volti a legittimare le violenze nei confronti delle donne hanno radici ben lontane che risalgono all'epoca greca, in cui ad esempio il termine stupro non esisteva: il timore non era quello della violenza in sé, quanto più il fatto che le donne risultassero provocanti agli

occhi degli uomini (Cerrato, 2011). La colpa era attribuita alla loro bellezza, più che al carnefice che violava il loro corpo. Come scriveva Lisia nell'antica Grecia nell'orazione *Per l'uccisione di Eratostene*: «il legislatore ha ritenuto che i violentatori meritassero una pena più leggera rispetto ai seduttori; per questi ultimi, infatti, ha stabilito la pena di morte (...), nella convinzione che chi agisce con violenza è odiato da chi subisce la violenza stessa, mentre quelli che usano la seduzione corrompono anche l'animo delle vittime, fino al punto che rendono le mogli degli altri più affezionate a loro che ai mariti, così che tutta la casa finisce sotto il loro controllo e diventa incerto di chi siano i figli, se dei mariti o degli adulteri» (Cerrato 2011, p. 436-437). All'epoca, la donna era considerata come un oggetto senza anima, incapace di agire autonomamente. Proprio per questo, veniva utilizzata dagli uomini per i propri scopi. Di conseguenza, anche nei casi di adulterio commessi dai mariti, la colpa veniva attribuita alla donna amante, che seducendoli meschinamente, li aveva tratti in inganno (Cerrato, 2011).

Connessa ai miti dello stupro che caratterizzano la società corrente e quelle passate, c'è un altro tema che implica la giustificazione e la normalizzazione della violenza, ovvero i procedimenti di colpevolizzazione che plasmano una sovrastruttura tipica della nostra collettività: la cultura dello stupro, in inglese *rape culture*. La cultura dello stupro inizia ad essere studiata dalle teorie femministe postmoderne e dagli studi di genere intorno agli anni Settanta del secolo scorso. Difatti, il termine *rape culture* diviene anche il titolo di un documentario realizzato dalla regista Margaret Lazarus nel 1975. Lo scopo della pellicola è stato quello di dimostrare come lo stupro venga rappresentato nella cinematografia e nei mass media in generale. La violenza sessuale è un tema presente nei giornali, in televisione, si trova nei libri, nei romanzi, nel cinema, dove spesso vengono rappresentate eroine sedotte contro il proprio volere. Come afferma Bourke (2009), se si riflette sul fatto che un film americano su otto presenta una scena di stupro, si può evincere come la violenza sessuale sembri entrare sempre di più a far parte della "normalità" della vita quotidiana, riducendone in parte la sua gravità e attuando implicitamente una forma di spettacolarizzazione dell'abuso.

Nel saggio del 1993 *Transforming a Rape Culture*, la cultura dello stupro viene definita come un insieme di credenze che incoraggiano l'aggressività sessuale maschile e sostengono la violenza di genere. Questo succede in una società in cui la violenza è normalizzata, anche nella sessualità. Nella *rape culture*, le donne avvertono un continuum di violenza che va dai commenti sessuali alle molestie fisiche fino ad arrivare allo stupro stesso. In questo senso la cultura dello stupro valuta come "normale" l'abuso fisico ed emotivo contro le donne, ovvero

veicola a uomini e donne il messaggio per cui la violenza sessuale sia "un fatto della vita", "inevitabile come la morte o le tasse" (Buchwald, Fletcher & Roth, 1993).

È possibile immaginare visivamente e graficamente la cultura dello stupro come una struttura piramidale, in cui a partire dalla base sono inseriti tutti quei comportamenti e atteggiamenti tipici della mascolinità performativa, che vengono ripetuti nel tempo e via via normalizzati. La mascolinità performativa, uno degli effetti della cultura dello stupro insita nel tessuto socioculturale, presuppone la concomitanza di due aspetti: l'ipersessualità e la violenza. La mascolinità si intende come performativa nel senso che è data da un susseguirsi di atti, in questo caso comportamenti violenti e "virili" propri dell'essere uomo in un senso machista del termine. Si pensi ai discorsi sessisti portati avanti nei gruppi, ove nessuno si distacca o mette in discussione quanto espresso; oppure alle violenze sessuali di gruppo o alla condivisione non consensuale di materiale intimo che avviene online. Non tutti gli uomini rappresentano in quanto uomini queste azioni nel quotidiano, ma queste azioni si rivolgono in un certo senso a tutti gli uomini, spesso in situazioni gruppali (Vagnoli, 2021).

Nella prima fascia della piramide sono individuabili diversi aspetti, come ad esempio il linguaggio sessista, il *victim blaming*, lo *slut shaming*, il *gender pay gap* e un ultimo concetto ovvero "*boys will be boys*". Seppur possano essere ritenute irrisorie, è necessario specificare che anche queste siano da ritenersi forme di abuso in quanto tendono a normalizzare e giustificare altre forme di violenza; soprattutto quando non vengono prese in considerazione e messe in discussione. Del resto, non mettere in discussione un substrato della violenza, significa difenderla e prenderne le parti (Vagnoli, 2021).

Il sessismo è una tipologia di discriminazione sessuale connotata sulla base del sesso biologico, per cui uno dei due sessi viene considerato inferiore e subalterno rispetto all'altro, sia per competenze acquisibili, sia per natura. In questo caso il sesso femminile risulta subordinato a quello maschile. Il sessismo si può nascondere e manifestare attraverso il linguaggio, si pensi ad esempio ad espressioni come "non fare la femminuccia" oppure "sono cose da maschi, non puoi capire". In questi specifici casi, è possibile parlare di linguaggio sessista, alla cui base ci sono gli *slur*. Gli *slur* sono vocaboli che assumono un valore negativo nei confronti di alcune categorie già discriminate. Esisteranno dunque per esempio molteplici *slur* sessisti, ma anche *slur* omofobi, *slur* abilisti, *slur* transfobici e *slur* razzisti. In tal caso, lo *slur* sessista determina una condizione di controllo e potere nei confronti del sesso femminile. Il linguaggio sessista è caratterizzato dal fatto che chi ne fa uso si pone in una dimensione di dominanza rispetto

all'altro ed è proprio il linguaggio un metodo valido per esprimere il proprio pensiero e le proprie credenze più profonde (Vagnoli, 2021).

Il *victim blaming* fa riferimento a quel processo di colpevolizzazione della vittima, in cui la donna diventa la causa scatenante dell'abuso, poiché le viene attribuita la responsabilità della violenza subita. Si pensi ad esempio alle espressioni tipiche del linguaggio sessista, per cui una donna vittima di uno stupro “se l'è cercata” perché ad esempio, “camminava da sola di notte, aveva la minigonna, era ubriaca”. La colpevolizzazione della vittima deresponsabilizza il carnefice, dando in parte o in toto la colpa alla donna che ha subito il reato (Vagnoli, 2021).

Esiste anche un altro meccanismo connesso al *victim blaming*, ovvero la vittimizzazione secondaria, che si verifica quando di fronte ad una donna che denuncia l'abuso subito si vanno ad indagare le sue abitudini, i suoi atteggiamenti e le sue azioni, piuttosto che la validità delle accuse mosse. Purtroppo, la vittimizzazione secondaria ai danni delle *survivors* non riguarda solo le persone che le circondano, ma anche le istituzioni che dovrebbero rappresentarle e difenderle. Di conseguenza, la vittima potrebbe sperimentare un senso di colpevolezza, vergogna, imbarazzo e disagio, dove non si sente creduta e legittimata nella sofferenza che sta vivendo. Questo vissuto può collegarsi anche ai fenomeni di ritiro delle denunce e/o alla decisione di non denunciare.

Una seconda forma di colpevolizzazione è quella dello *slut shaming*. La finalità di questa pratica è stigmatizzare e segnalare una donna che non rispecchia più lo stereotipo socialmente condiviso della figura femminile come candida, autentica e mansueta. Lo *slut shaming* viene messo in atto nel momento in cui le donne hanno comportamenti sessuali, atteggiamenti o modi di vestire che vengono definiti “volgari” e/o “provocanti”, o che si discostano dalle aspettative socioculturali. Si pensi ad esempio a come vengono appellate, ancora troppo spesso, le donne che scelgono di avere più partner sessuali, poiché non ritenute conformi. Lo stesso meccanismo non viene però messo in auge nel momento in cui è l'uomo ad avere molteplici esperienze sessuali e/o atteggiamenti “espliciti” (Ringrose & Renold, 2012).

Il *gender pay gap* è un tipo di discriminazione di genere che fa riferimento alle differenze di retribuzione annuali, per cui le donne vengono retribuite meno rispetto agli uomini nei contesti di lavoro e nelle organizzazioni. Il *gender pay gap* rientra tra quelle pratiche interne alla sfera della discriminazione orizzontale, per cui le donne sono state educate e socializzate allo svolgimento di specifiche professioni rispetto ad altre, ad esempio le professioni di cura. Si tratta di terziarizzazione del lavoro femminile e segregazione occupazionale, nei contesti

organizzativi e lavorativi, dove alle donne viene data minore visibilità, un minore riconoscimento economico oltre che sociale e delle scarse opportunità di carriera (Kmec, 2005; Bagilhole, Cross, 2006; Argentero & Cortese, 2018).

Invece, con l'espressione anglosassone "*boys will be boys*" ci si riferisce alla credenza per cui alla vittima, senza il suo consenso, possa essere fatto ciò che si vuole. In italiano è traducibile con la formula "i ragazzi faranno i ragazzi". Apparentemente priva di significato, questa frase in realtà nasconde una concezione più subdola in quanto veicola il messaggio per cui non c'è da stupirsi quando gli uomini agiscono in maniera rude e violenta, poiché è ciò che ci si aspetta da loro, è qualcosa di interno alla loro figura, qualcosa di insito alla natura maschile. Come afferma Vagnoli infatti: «la deresponsabilizzazione che avvolge gli stereotipi sul genere maschile ha creato dunque un cortocircuito logico, la cui conseguenza diretta è che non esiste un freno a determinate azioni nei confronti della donna, se non il buonsenso privato del singolo, che tuttavia si trova in difficoltà a dissociarsi dalle situazioni di "branco" in cui vige (si suppone) una mascolinità performativa». (Vagnoli 2021, p.33).

Se si continua a risalire lo schema piramidale con cui è possibile raffigurare la *rape culture*, si possono individuare altre forme di violenza che si annidano nel tessuto sociale e culturale di cui facciamo parte. Questo secondo settore include quei comportamenti che, come nei casi precedenti, prevedono una forma di sottomissione: da una parte c'è il carnefice, dall'altra parte c'è la vittima. Innanzi tutto, è possibile identificare un primo reato, quello dello *stalking*. Oltre a ciò, in questa fascia della struttura piramidale sono contenuti altri due meccanismi tipici della cultura dello stupro: il *catcalling* e la condivisione non consensuale di materiale intimo. Come descritto nel primo sotto capitolo, lo *stalking* raffigura un vero e proprio reato ai danni della vittima. Infatti, è una tipologia di violenza punita dal Codice penale (Vagnoli, 2021).

Il *catcalling* invece si riferisce al modo in cui vengono chiamati gli animali (per la precisione i gatti) ed è una manifestazione linguistica sessista ai danni della donna che la subisce. Il *catcalling* include tutte quelle forme di molestie che avvengono soprattutto in luoghi pubblici e nelle strade, come ad esempio fischi, commenti sessuali indesiderati, suonate di clacson e approcci non richiesti, spesso fraintesi come una tipologia di "complimenti e apprezzamenti". Il *catcalling* può inoltre estendersi ad altre forme di violenza, come ad esempio accerchiamenti, pedinamenti o approcci in cui le donne vengono toccate fisicamente senza consenso. Anche questa forma di violenza che si trova alla base della cultura dello stupro tende ad essere minimizzata, mentre al contrario può avere effetti indesiderati profondamente negativi sulle

vittime che la subiscono. A tal proposito Vagnoli afferma: «alla lunga, la paura di ricevere commenti che sono a tutti gli effetti molestie porta le donne a cambiare le proprie abitudini e i propri gusti, a evitare le gonne, un certo tipo di trucco e certi vestiti, a modificare il percorso da fare per tornare a casa dopo il lavoro o il parco in cui si va a correre». (Vagnoli 2021, p.63). Chiamare i casi di *catcalling* con il loro vero nome aiuta la vittima a non sentirsi colpevole ed “esagerata”, al fine di non minimizzare la situazione che ha vissuto come “ridicola”, ma validando il senso di sgomento e sconforto che è portata a vivere senza il suo volere (Vagnoli, 2021).

In seguito, con la dicitura “condivisione non consensuale di materiale intimo” si descrive un altro tipo di reato ai danni della vittima, spesso riconosciuto con l’espressione di *revenge porn*. Il crimine è stato introdotto dal Codice Rosso ed è disciplinato dall’articolo 612 ter del Codice penale. L’obiettivo è punire chiunque diffonda senza il consenso della vittima immagini e/o video sessualmente espliciti a terze persone. La diffusione non consensuale di materiale intimo è una piaga sociale che si è sviluppata in maniera massiva in seguito al facile accesso ad Internet. La formula “*revenge porn*” è attualmente utilizzata per comprendere il reato a cui si riferisce. Tuttavia, l’espressione corretta è “condivisione non consensuale di materiale intimo”, proprio perché il materiale sessualmente esplicito non è stato prodotto allo scopo di essere diffuso online. Infatti, le foto e/o i video vengono creati per essere condivisi in modo personale e privato. Dunque, il materiale in questione non nasce come materiale pornografico, perché la vittima non offre alcun tipo di consenso alla sua divulgazione. Purtroppo, questa pratica lascia la vittima in uno stato di confusione, sofferenza e isolamento, potendo poi sfociare nella colpevolizzazione della donna stessa, che ha deciso di condividere nella sfera intima le foto e/o i video. Oltretutto, si manifesta una vera e propria spettacolarizzazione del sopruso, a cui possono conseguire effetti distruttivi per la donna che ne è vittima: «adattare la responsabilità del reato di *revenge porn* a chi lo subisce significa punire l’espressione della propria sessualità e questo non può e non deve essere il ruolo educativo di una società libera» (Vagnoli 2021, p.121).

In ultima analisi, è possibile specificare come la *rape culture* vada a proteggere e mantenere viva un’altra struttura culturale, quella patriarcale. Il patriarcato è definibile come un sistema socioculturale in cui sono gli uomini a mantenere una posizione di potere e prestigio, non solo nella sfera pubblica e sociale, ma anche in quella privata, acquisendo una più grande autorità morale e di valore rispetto alle donne (Gneezy, Leonard, List, 2009).

Infine, nella parte superiore della sovrastruttura piramidale della *rape culture*, è possibile individuare altre forme di violenza che rispettivamente mirano ad isolare e controllare la vittima, fino alla sua totale cancellazione. In queste specifiche fasce si riconoscono la violenza economica, lo *stealth*, la coercizione riproduttiva, la violenza psicologica e fisica, lo stupro e per ultimo il femminicidio. Individuare come parte costituente della società la struttura della cultura dello stupro rende più facile riconoscere le radici delle violenze, con l'obiettivo ultimo di non normalizzarle e giustificarle, soprattutto per le conseguenze che queste diverse categorie di abuso lasciano sul corpo e nella psiche delle vittime.

1.2 Intimate partner violence

Nello specifico, in questa parte del primo capitolo, verrà presa in esame una particolare forma di violenza perpetrata da uomini nei confronti delle donne ovvero l'*intimate partner violence*, in italiano traducibile con l'espressione "violenza nelle relazioni di intimità" o ancora, "violenza da parte di un partner intimo". L'*intimate partner violence* non presuppone un unico tipo di violenza, ma può racchiuderne diverse forme, associabili ad un complesso di comportamenti abusanti di tipo fisico, emotivo, psicologico e/o sessuale, tra cui ad esempio la violenza psicologica, economica, lo stupro e altre forme di abuso, messi in atto da individui che condividono, o hanno condiviso, una relazione sentimentale (McCarthy & Stagg, 2020).

Secondo uno studio condotto da Black e colleghi (2011), l'*intimate partner violence* ha un impatto non trascurabile sulle donne negli Stati Uniti, con una stima di circa una donna su tre che ha affermato di aver subito una violenza fisica o sessuale, oppure *stalking* da parte di un partner intimo nella propria vita. Sebbene talvolta si parli di *intimate partner violence* come se fosse un sinonimo di violenza domestica, l'espressione inglese sottolinea al meglio come la condizione di sopruso non sia limitata solamente all'interno delle mura domestiche e/o tra partner stabili, ma possa verificarsi in soggetti che hanno avuto o continuano ad avere un rapporto intersoggettivo, pur non convivendo. Inoltre, la violenza domestica si differenzia per alcuni aspetti, poiché può essere agita anche nell'ambito familiare e non per forza nelle relazioni tra partner. Si pensi per esempio ai casi di abuso domestico su bambini, anziani o adolescenti: «la violenza domestica nasce in una relazione, tra partner che possono convivere o meno, ma anche tra parenti. È una delle forme più efficaci quanto devastanti di controllo che ci siano nei confronti di una persona, perché gode della privacy della vita intima familiare. La

radice è sempre la medesima: si attua una forma di manipolazione, sottomissione e controllo sulla vittima che solitamente culmina nel suo isolamento». (Vagnoli 2021, p.86).

È importante sottolineare come i casi di violenza nelle relazioni intime possano svilupparsi sia ai danni degli uomini sia ai danni delle donne. Tuttavia, i dati empirici dimostrano come le donne abbiano una probabilità superiore rispetto agli uomini di essere vittime di azioni offensive, dove l'obiettivo del perpetratore della violenza è quello di mantenere il controllo non solo sulla vittima, ma anche sulla relazione stessa (Nicolaidis et al., 2003). La prevalenza di casi di abuso tra partner intimi sembra essere di maggiore entità tra giovani adulti rispetto ad altre fasce di età. Inoltre, alla base del controllo esercitato dal partner, ci sono meccanismi tipici dell'abuso psicologico come le umiliazioni, l'emarginazione della vittima e le intimidazioni nei suoi confronti. Una caratteristica fondamentale da sottolineare è che si sono verificati casi di *intimate partner violence* in tutti i paesi del mondo, di conseguenza in tutte le culture e in tutte le classi sociali. Per di più, questa forma di violenza non riguarda solamente rapporti matrimoniali, ma anche relazioni di coppia meno prolungate e/o appuntamenti tra partner in fase di conoscenza. È possibile dunque affermare che una storia di violenza nella relazione possa non terminare con la separazione tra i soggetti, ma anche continuare in seguito. Si pensi ad esempio ai molteplici casi di *stalking*, attacchi violenti e femminicidi commessi alla fine di un rapporto interpersonale tra i partner (Vagnoli, 2021).

La violenza da parte di un partner intimo può avere sia conseguenze psicologiche sia conseguenze fisiche sulla donna che ne è vittima. Dalle ricerche è emerso come la violenza di genere nelle relazioni tra partner possa associarsi a conseguenti disturbi psicologici, come ad esempio casi di depressione, disturbi d'ansia e disturbi da stress post-traumatico; ma anche casi di attacchi di panico, disturbi del sonno, conseguenze psicosomatiche, autolesionismo e/o atti anticonservativi. La depressione e il disturbo da stress post-traumatico sembrano essere le conseguenze più prevalenti tra vittime di *intimate partner violence*, con una possibile comorbidità consistente di entrambi i disturbi. In aggiunta, la donna vittima dei soprusi può vedere minata la propria autostima, con il rischio di sviluppare in seguito una serie di disturbi, tra cui disturbi del comportamento alimentare e/o dipendenze da alcol e sostanze (Stewart, MacMillan, Wathen, 2013).

Per quanto riguarda le conseguenze sulla salute fisica della partner, si possono elencare diverse conseguenze verificabili in contesti di sopruso, come ad esempio lesioni facciali, oculari, dentali e/o contusioni alla testa e al collo. In più, si possono verificare anche danni toracici,

pelvici e addominali, ma anche commozioni cerebrali, strangolamenti, ferite aperte e fratture. L'*intimate partner violence* è stata associata anche ad altre compromissioni della salute fisica, relative alla sfera riproduttiva e/o allo sviluppo di malattie croniche ed infettive. La violenza perpetrata dal partner è inoltre associabile a condizioni di infertilità, disturbi ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, gravidanze indesiderate e/o aborti spontanei (Romito et al., 2008).

In alcune situazioni, l'esposizione a questo tipo di violenza non ha come vittime solo le donne, ma anche altri soggetti. La violenza domestica e l'*intimate partner violence* possono costituire infatti delle forme di violenza assistita da minori, in quel momento presenti all'interno del nucleo familiare. Nel momento in cui i minori sono esposti a situazioni di violenza di genere nei confronti di figure affettivamente rilevanti per loro, si tratta di violenza assistita. Questo abuso può essere profondamente traumatico per i minori esposti ad esso, di conseguenza si tratta di una vera e propria forma di maltrattamento minorile. Anche in questa circostanza, la violenza di genere non è per forza fisica, ma anche psicologica, sessuale e/o economica. Dunque, si tratta di una vessazione ai danni dei minori che può avere effetti a breve e/o a lungo termine sulla loro salute psico-fisica e sullo sviluppo della loro struttura di personalità. Infatti, i minori potrebbero sviluppare disturbi d'ansia, disturbi del sonno, disturbi comportamentali, disturbi emotivi e/o sociali. Questi esiti negativi possono poi avere influenze importanti anche in età adulta, dando vita ad un possibile ciclo intergenerazionale di violenza e/o ad una sintomatologia, anche post-traumatica (Grappolini & Luberti 2017).

1.3 Intimate partner sexual violence

L'espressione *intimate partner sexual violence* è un'espressione che fa riferimento all'abuso sessuale perpetrato dal partner intimo sulla vittima, in soggetti che hanno condiviso o condividono un rapporto affettivo. In questo specifico caso, si farà riferimento all'abuso sessuale commesso dall'uomo ai danni della donna. I casi di abuso sessuale tra partner intimi sono stati spesso trascurati dagli studi relativi all'*intimate partner violence*, poiché esistono delle problematiche a identificare e misurare episodi di violenza sessuale nelle relazioni di intimità (Bagwell-Gray, Messing, Baldwin-White, 2015).

Inoltre, a livello socioculturale spesso si sviluppa la credenza per cui a commettere reati sessuali siano soggetti non conosciuti dalla vittima, sebbene le statistiche sostengano una tesi contraria. Sovente, si pensa che l'abuso sessuale non possa avvenire tra persone che hanno un rapporto

intimo, e purtroppo nel caso in cui la violenza sessuale si verifica, non sempre le vittime vengono credute. Alle volte, neanche la vittima che subisce uno stupro all'interno della relazione sentimentale si rende completamente conto dell'abuso subito, non riuscendolo a definire come tale considerato lo stretto legame con l'abusante. È ancora fortemente radicata nel tessuto sociale, infatti, l'idea per cui il rapporto sessuale debba essere un dovere da portare a termine per soddisfare il partner, senza dare ascolto alla propria soggettività (Vagnoli, 2021).

Sebbene la questione consensuale sembri un fattore da considerare soprattutto se il rapporto sessuale avviene tra soggetti sconosciuti, in realtà è una questione alla base di qualsiasi esperienza sessuale, considerando che il consenso può essere ritirato anche dopo l'inizio del rapporto o in seguito ad altri atti consensuali tra i due soggetti. In ragione di ciò, è pertanto emersa la necessità di ricercare un'espressione in grado di definire la violenza sessuale che si verifica tra partner intimi (Jordan, 2007).

L'intimate partner sexual violence è una componente dell'*intimate partner violence* e della violenza domestica di genere. Si stima che la percentuale di abusi sessuali commessi da partner ai danni delle vittime si aggiri intorno ad una gamma che va dal 28% (Eby, Campbell, Sullivan, & Davidson, 1995) al 68% (McFarlane et al., 2005). Nella ricerca, l'abuso sessuale nelle relazioni intime è spesso stato trascurato, sia per la difficoltà nel descriverlo, sia per la difficoltà nel riconoscerlo come tale. Già a partire dalla metà degli anni Ottanta del secolo scorso, gli studiosi hanno iniziato a chiedersi se ci fossero delle differenze tra lo stupro e lo stupro commesso da un partner intimo: «è stupro quando una donna fa sesso per “mantenere la pace in casa”? Da un lato, chiamandolo stupro si evidenzia come il sesso sia opprimente e coercitivo in tali circostanze. D'altra parte, chiamarlo stupro significa sostanzialmente espandere e allo stesso tempo diluire il significato della parola stupro» (Yllo, 1985 p. 85). Alcuni autori utilizzano il termine stupro solo nei casi in cui si vanno a descrivere atti di violenza sessuale forzata che includono una forma di penetrazione (Bergen & Bukovec, 2006; Bennice & Resick, 2003; McFarlane, 2007; Phiri-Alleman & Alleman, 2008; Testa et al., 2007).

Per definire questo costrutto, è bene organizzare i termini che sono stati impiegati nelle ricerche condotte riguardo a questo tema. I centri per il controllo e la prevenzione delle malattie definiscono la violenza sessuale in generale (non nello specifico quella che si verifica tra partner intimi) tenendo conto di questi aspetti: la mancanza di consenso, se l'abuso è stato completato o tentato, il tipo di forza coercitiva che viene usata (fisica e/o psicologica) e infine, il tipo di attività sessuale commessa, che può andare dalle molestie sessuali con o senza contatto fisico

fino al rapporto sessuale con contatto e penetrazione (Basile, Hertz, & Back, 2007; Black et al., 2011; Saltzman et al., 2002). Ciascuno di questi aspetti soddisfa i criteri per andare a definire un caso di abuso sessuale. Di conseguenza, rientrano nella definizione di violenza sessuale anche abusi senza contatto e/o penetrazione, carezze e baci forzati (Black et al., 2011). Inoltre, si tratta di violenza sessuale anche quando vi è un'esposizione dei genitali e/o la masturbazione di fronte alla vittima senza che ci sia il suo consenso; così come se la vittima viene obbligata dal partner a guardare o prendere parte a foto, film e video sessuali (Black et al., 2011). Tutte queste pratiche condizionano la donna che le subisce, imponendole il volere dell'abusante attraverso meccanismi coercitivi fisici e/o psicologici, che possono avere anche esiti traumatici sulla vittima.

Dunque, l'*intimate partner sexual violence* non è da considerare solamente nel caso in cui l'abuso sia di tipo penetrativo, poiché può anche non prevedere un contatto diretto tra i due partner. È bene specificare come entrambe le tipologie di abuso siano ugualmente gravi e costituiscano un reato.

L'*intimate partner sexual coercion* si riferisce all'uso da parte del partner di controllo fisico e/o psicologico, tecniche manipolative e degradanti volte ad ottenere una prestazione sessuale forzata. L'*intimate partner sexual coercion* differisce rispetto all'aggressione sessuale da parte del partner intimo (*intimate partner sexual assault*), poiché l'esperienza sessuale indesiderata è conseguita con l'utilizzo di tattiche manipolative e forme di controllo piuttosto che attraverso l'uso della forza fisica (Black et al., 2011; Broach & Petetric, 2006; DeGue & DiLillo, 2005; Logan et al., 2007). Quindi, risulta difficile e spesso estremamente complesso riuscire a comprendere e definire le situazioni in cui si verifica un caso di *intimate partner sexual coercion*, perché le vittime possono acconsentire al rapporto sessuale non perché vogliono, ma perché sono sottomesse e lo fanno al fine di evitare i risultati negativi di un possibile rifiuto (Livingston, Buddie, Testa, & Vanzile-Tamsen, 2004).

L'*intimate partner sexual assault* definisce invece l'utilizzo della forza o il tentativo di usare la forza da parte del soggetto abusante, con lo scopo ultimo di usufruire del corpo della vittima per portare a termine un rapporto sessuale. In questa situazione, l'aggressione sessuale si può verificare anche nel momento in cui la vittima è incapace per ragioni altre a dare il suo consenso, per cui ad esempio non è in grado di intendere e di volere, è addormentata, svenuta o sotto l'influenza di sostanze come alcol e/o droghe. In nessun caso la colpa è da attribuire alla vittima, poiché inabile a qualsiasi reazione e forma di consenso.

L'*intimate partner sexual abuse* fa invece riferimento all'utilizzo da parte del partner intimo di tecniche psicologiche manipolative e abusanti, che hanno il fine di mantenere la donna in una posizione subalterna e sottomessa in cui è priva di potere. Queste strategie possono includere forme di degradazione di tipo sessuale e/o psicologico, esperienze sessuali prive di contatto e/o con contatto ma senza consenso e infine, anche il controllo riproduttivo e sessuale.

Le diverse forme di *intimate partner sexual violence* descritte precedentemente, potrebbero presentarsi insieme, nei casi in cui non ci sia un unico tipo di coercizione. Lo scopo delle future ricerche dovrà essere anche quello di utilizzare una terminologia quanto più corretta nel definire questa specifica forma di violenza, oltre che documentare le caratteristiche e le conseguenze dell'*intimate partner sexual violence*, al fine di non banalizzare una tematica tanto complessa e grave per le vittime. Come sostenuto da altri ricercatori si presenta il bisogno di usufruire di una terminologia comune negli studi, al fine di generare una valutazione coerente degli interventi di prevenzione e trattamento (Jordan, 2007). Nonostante questa difficoltà, gli studi hanno già iniziato a dimostrare gli effetti deleteri dell'*intimate partner sexual violence* sulla sfera psicologica e sul benessere fisico delle donne che ne sono vittime (Broach & Petetric, 2006; Miller et al., 2010).

Nelle ricerche per misurare l'*intimate partner sexual violence*, vengono in genere usate le *Revised Conflicts Tactics Scale* (CTS-2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996) e le *Sexual Experiences Survey* (SES; Koss & Oros, 1982).

Il CTS-2 viene solitamente utilizzato per valutare l'*intimate partner violence* e include 7 items riguardanti la coercizione sessuale, 5 items riguardanti l'aggressione sessuale da parte di partner intimo e 2 items riguardanti la coercizione sessuale perpetrata dal partner intimo (Vega & O'Leary, 2007).

Il SES è invece uno strumento contenente 11 items che hanno lo scopo di valutare il grado di vittimizzazione sessuale lungo un continuum. Sebbene non sia stato creato per misurare nello specifico il grado di vittimizzazione sessuale nelle relazioni tra partner intimi, è possibile adattarlo, permettendo di valutare la vittimizzazione derivante da minacce, molestie, coercizione, droghe, uso di forza e autorità. Un item è specifico per valutare le attività sessuali forzate, 2 items riguardano la coercizione sessuale, 6 items riguardano aggressioni sessuali completate o tentate, infine, 2 items sono specifici per valutare gli abusi sessuali (Testa, VanZile-Tamsen, Livingston, & Koss, 2004).

Esistono anche altre cinque scale possibili da utilizzare per misurare il costrutto della violenza sessuale, che risultano essere specifiche per valutare la violenza nelle relazioni intime, come per esempio la *Severity of Violence Against Women Survey* (SVAWS; Marshall, 1992), uno strumento che è stato creato per misurare l'*intimate partner violence*; in particolare aspetti come, ad esempio, minacce e abusi compiuti o tentati. Questo strumento cerca di misurare l'aggressività avvalendosi di 46 items, dove viene chiesto alle survivors di individuare quanti e quante volte tali comportamenti abusanti si sono verificati.

Poi, esiste anche l'*Index of Spousal Abuse* (ISA; Hudson & McIntosh, 1981), uno strumento realizzato con il fine di misurare l'abuso non fisico inflitto dal marito o dal partner intimo alla donna vittima, che comprende un insieme di 30 items ad uso clinico e/o di ricerca, per misurare due sottoclassi: la violenza fisica e la violenza psicologica.

Il *Danger Assessment* (DA; Campbell et al., 2003), è uno strumento creato per valutare il grado di pericolosità e possibile letalità all'interno della relazione tra i partner intimi. È composto da 20 items che vanno a misurare le componenti abusanti interne al rapporto tra i due soggetti. Esistono quattro livelli di pericolo individuati da questa scala: *variable danger*, *increased danger*, *severe danger* and *extreme danger*, che potrebbero predire eventuali aggressioni letali.

La *Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale* (SCIRS; Shackelford & Goetz, 2004), è uno strumento volto a misurare le tecniche di coercizione sessuale, le tattiche di abuso psicologico e le strategie di manipolazione utilizzate dall'abusante nelle relazioni intime. La scala è caratterizzata da 34 items; per ciascun item le survivors devono indicare quante volte tali comportamenti si sono verificati. Esistono tre sottoscale: *resource manipulation/violence*, *commitment manipulation and defection threat*.

Infine, la *Partner Abuse Scale* (PAS; Hudson, 1992), è composta da 25 items ed ha lo scopo di misurare la violenza fisica tra partner che si stanno frequentando, che convivono e/o che sono sposati. La scala viene usata anche per valutare se è stato compiuto uno stupro all'interno della relazione di intimità tra i partner.

Per concludere, è necessario valutare l'*intimate partner sexual violence* come una componente interna all'*intimate partner violence*, senza sottovalutare la sua prevalenza, visto l'elevato tasso con cui si verifica. L'*intimate partner sexual violence* è un problema sociale che causa problematiche mediche non trascurabili tra le donne che ne sono vittime. Si pensi ad esempio al rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili, all'impossibilità di utilizzare metodi contraccettivi in maniera libera rischiando gravidanze indesiderate, aborti spontanei o indotti

dal partner, infiammazioni pelviche e/o emorragie (Romito et al., 2008). Sarebbe funzionale non minimizzare le alte percentuali con cui si verifica e le devastanti conseguenze sulla salute, come per esempio le lesioni, le infezioni sessualmente trasmissibili, la depressione e il disturbo da stress post-traumatico (Campbell, 2002), che dimostrano come ci sia il bisogno urgente di trovare delle strategie efficaci di prevenzione e di trattamento. Gli studi futuri potrebbero impegnarsi nel valutare i diversi effetti perpetrati sulla vittima in base al contesto e alle diverse tipologie di *intimate partner sexual violence* che possono verificarsi, poiché ne esistono diverse, caratterizzate da differenti tattiche e strategie.

Nei diversi contesti, sarebbe in ugual modo opportuno rendere le donne libere di discutere riguardo alla propria sessualità, fin da giovani. A tal scopo dovrebbero essere implementati programmi strutturati di educazione sessuale che permettono da un lato di rendere partecipi le donne in conversazioni riguardanti la loro salute sessuale e le loro esperienze sessuali, intime e/o occasionali, e dall'altro di intervenire sui fattori di rischio e prevenire l'emergenza legata all'*intimate partner violence* (Madeline Schneider & Jennifer S. Hirsch, 2020). L'educazione all'affettività e alla sessualità è funzionale, poiché le donne non sempre risultano in grado di identificare le diverse tipologie di abuso, soprattutto se si trovano assoggettate e manipolate psicologicamente dal partner. L'efficacia di questi interventi è maggiore se programmati a partire dall'adolescenza, in diversi contesti socioculturali, come ad esempio scuole e famiglie (DeGue et al., 2014). Di conseguenza, risulterebbe preventivo istruire le giovani donne riguardo alle pratiche sessuali sicure e soprattutto consensuali (Banyard, 2013). Attraverso interventi consistenti, risulterebbe confortevole educare al tempo stesso gli uomini, anch'essi fin da giovani, alla sessualità e all'affettività, poiché le violenze sessuali non riguardano solo le donne, ma anche gli uomini che le commettono. Infine, è oltremodo doveroso non colpevolizzare le *survivors* per quanto accaduto, spiegando loro che i vissuti di dolore, vergogna e depressione associati all'*intimate partner sexual violence* sono vissuti del tutto validi e purtroppo ancora eccessivamente diffusi (Vagnoli, 2021).

Capitolo 2.

Le relazioni abusanti

Le relazioni abusanti possono essere accomunate dalle forme di violenza che le caratterizzano, ma è possibile distinguere in esse alcune caratteristiche, quali ad esempio la forma, l'intensità e la durata della relazione stessa; così come una differente interazione tra i partner. La violenza di genere è un modello costante e metodico di fenomeni emotivamente, psicologicamente e fisicamente significativi, che possono avere una diversa frequenza, varietà e pericolosità (Garcia-Moreno et al., 2013; Jung & Stewart, 2019; Marks et al., 2020). È bene specificare che quando la violenza è durevole nella relazione intima tra partner, essa può essere dovuta a diversi fattori (ad esempio socioculturali), che spesso si associano a quadri psicopatologici. Nella relazione abusante è possibile che si combinino molteplici fattori, come le influenze socioculturali, forme di dipendenza affettiva o specifici disturbi. Infatti, la violenza non ha solamente radici socioculturali come specificato nel primo capitolo, ma può anche essere collegata a specifici profili clinici (Siria, Fernández-Montalvo, Echaury, Arteaga, Azkárate, Martínez, 2021).

La ricerca dimostra come le relazioni violente possano contrassegnare ogni classe socioculturale (Biancofiore et al., 2020; Butchart et al., 2010; Mercy et al., 2017) e a prescindere da essa hanno come vittime prevalentemente le figure femminili, con conseguenze gravi per il loro funzionamento psichico, sessuale, relazionale, riproduttivo, lavorativo e sulla loro indipendenza (Mercy et al., 2017; Miller & McCaw, 2019; Santambrogio et al., 2019). È possibile specificare che la prevalenza di *intimate partner violence* sia una vera e propria emergenza riscontrabile su scala mondiale in maniera persistente. Le relazioni abusanti potrebbero avere una cadenza ricorrente, così come essere soggette ad escalation (Choi et al., 2019). In questi casi, gli eventi violenti potrebbero non essere sempre sullo stesso piano, ma anzi potrebbero divenire più frequenti e via via maggiormente pericolosi, fino a culminare con un femminicidio (Gino et al., 2019).

Come trattato e ampiamente spiegato da Lenore E.A. Walker (2009), è possibile parlare di un circolo vizioso di riproduzione del comportamento violento tra partner. Il ciclo della violenza presuppone uno o più episodi di maltrattamento e abuso ai danni della donna, a cui consegue una fase di riappacificazione. In particolare, è possibile che si verifichi un peggioramento degli episodi violenti da parte dell'*abuser*, a cui la vittima potrebbe reagire mettendo in atto una serie

di strategie per prevenire l'*escalation* violenta, poiché teme per sé stessa e per i già sperimentati maltrattamenti. In seguito, si presenta una seconda fase, che culmina con il comportamento violento. Infine, il partner maltrattante può anche mettere in atto delle vere e proprie manifestazioni di spiacevolezza per quanto accaduto, ad esempio scusandosi, regalando doni alla partner maltrattata, oppure promettendo di non compiere mai più azioni violente. La partner, soprattutto in una fase primaria della relazione, potrebbe credergli e avere fiducia in un suo possibile cambiamento. L'aggressore può dimostrarsi riguardoso, poiché teme la perdita e l'allontanamento della donna; anche se alla fine si deresponsabilizzerà attribuendo la causa del suo comportamento alla vittima stessa o ad eventi esterni (Walker, 2009).

In aggiunta, dalla letteratura esaminata (Belfrage & Strand, 2008; Gino et al., 2019) emerge come una relazione abusante possa non esserlo fin da subito. Difatti, è necessario considerare come possano fondersi i fattori di rischio e di vulnerabilità in un rapporto dapprima desiderato, voluto o immaginato (Belfrage et al., 2008; Gino et al., 2019); fino ad arrivare ad una relazione imposta, subita e molesta. Con i fattori di rischio si fa riferimento ai fattori criminogeni, mentre con i fattori di vulnerabilità si intendono i fattori vittimogeni da tenere in considerazione. I fattori vittimogeni sono tutti quegli elementi che aumentano la probabilità che una persona resti vittima di un illecito, in questo specifico caso l'aumento di probabilità che un soggetto sia vittima di una relazione abusante. Nella relazione molesta, secondo Viviani (2017), è possibile identificare fasi differenti, tra cui: la manipolazione della vittima, la seduzione perversa e la violenza evidente.

In una fase primaria, la vittima potrebbe non accorgersi della natura abusante della relazione, colludendo con l'influenza che il maltrattante ha su di lei (Perrone, 2013).

Inizialmente, non è raro che sia proprio lo stesso soggetto violento a dimostrarsi seducente, affettuoso e disponibile. Il fine ultimo è quello di porre il proprio controllo sulla vittima per annullare la sua autonomia, con il conseguente isolamento della stessa. È «attraverso le strategie di *coping* che tale situazione le impone di adottare» (Filippini 2012, p. 72), che la partner è spinta all'emarginazione, con l'incapacità di immaginarsi senza il compagno, cambiando il confine di ciò che è considerato sopportabile.

È quindi identificabile come una componente della relazione abusante la manipolazione psicologica e affettiva, per cui il perpetratore della violenza riesce ad attivare delle strategie in grado di far sentire la vittima colpevole, anche senza che quest'ultima abbia commesso alcun fatto da considerarsi "grave" (Rizzuto & Schietroma, 2021). L'obiettivo del manipolatore

affettivo è controllare la vittima oltre che la situazione stessa. Da parte del soggetto abusante vengono più volte messe in atto delle tecniche di manipolazione e assoggettamento psicologico. Si pensi ad esempio al *gaslighting* e al *breadcrumbing*, che saranno di seguito descritti come meccanismi caratterizzanti una relazione abusante (Gass, Nichols, 1988). Tuttavia, è bene sottolineare che sono pratiche manipolative che possono essere agite anche da soggetti non intimi, ad esempio in ambito professionale (Vagnoli, 2021).

Il *gaslighting* è un meccanismo manipolatorio in cui l'abusante non si manifesta direttamente come violento, ma utilizza il suo potere per mettere in discussione la vittima, inducendola in uno stato di confusione e di costante dubbio. Il fine del manipolatore è influenzare la partner attribuendole responsabilità e colpe riguardanti cose che non ha realmente fatto e/o detto. In questa dinamica, si insinueranno in maniera ingannevole delle credenze nella mente della vittima, tant'è che lei stessa sarà portata a percepirle come concrete e veritiere. In un primo stadio, la vittima potrebbe mettere in discussione ciò che le viene fatto notare e/o credere dal manipolatore. In seguito, però, diventerà sempre più complesso per la vittima non mettere in discussione sé stessa, non riuscendosi più a fidare di ciò che fa, pensa e/o percepisce (Gass et al., 1988). La fase finale si articola proprio seguendo questo andamento, per cui la donna assumerà come vero ciò che le dirà il manipolatore, perdendo il contatto con sé stessa, con l'ambiente esterno e con la propria soggettività. Apparentemente, alcuni esempi di questa manipolazione psicologica potrebbero sembrare banali e innocui, tuttavia nel lungo periodo si dimostrano pericolosi. Si pensi ad esempio ad espressioni come “ti ricordi male, sei pazza, questo non è mai successo, te lo sei inventata, sei esagerata” (Vagnoli, 2021).

Il *breadcrumbing* è un'altra strategia manipolatoria poco conosciuta in cui il partner abusante finge un coinvolgimento emotivo e affettivo nei confronti della donna, senza però provare nei suoi confronti un reale sentimento. In questo caso, il soggetto che manipola la partner ricerca delle conferme e delle attenzioni da parte di quest'ultima, senza avere però l'intenzione di far fronte alle aspettative e ai bisogni della partner. Dunque, l'abusante darà alla vittima delle false dimostrazioni di interesse con il solo scopo di raggiungere i propri obiettivi personali, ad esempio un rapporto sessuale (Navarro, Larrañaga, Yubero, VÍllora, 2020).

Inoltre, una caratteristica riscontrabile in diverse relazioni violente è la litigiosità, che «rappresenta la componente distruttiva e peggiorativa del conflitto, in quanto non è altro che rabbia agita» (Zara et al. 2020, p. 556). Quindi, la litigiosità rappresenterebbe una base dalla

quale si potrebbero sviluppare aggressività, abusi e femminicidi. La litigiosità diviene una delle formule capaci di rendere manifestabile una relazione violenta (Zara et al., 2020).

Un'altra caratteristica tipica delle relazioni violente è la gelosia patologica che il partner abusante può provare nei confronti della vittima (Vanda, Zammuner, Zorzi, 2012; Bonino, 2015). La gelosia patologica è stata anche inserita all'interno dei Disturbi Ossessivo-compulsivi e disturbi correlati con alta specificazione all'interno del DSM-5 (2013). In tal senso, è possibile che si generi una connessione profonda tra controllo, dominanza, possessività e gelosia. «Anche quando tra il violento e la donna vi è un legame, siamo ancora una volta di fronte a una relazione che è ferma a un atteggiamento di dominanza; il nesso tra aggressione e dominio non si esprime solo nella violenza sessuale, ma anche nella prevaricazione quotidiana nei confronti del partner. Uomini violenti che dicono di amare in realtà sono fermi a una relazione di dominanza e sottomissione, in cui prevalgono i sentimenti primitivi di possesso e gelosia» (Bonino 2015, p. 98).

Sul piano socioculturale si è sviluppata la credenza per cui una relazione amorosa sia più sentimentale nel momento in cui è presente “anche un po’ di gelosia”. Ne consegue che la gelosia in alcuni ambiti diventi l’analogo dell’amore, tanto da poter influire sulla mancata percezione di un atto violento, poiché mascherato dalla gelosia stessa (Vagnoli, 2021).

Innanzitutto, la gelosia è definibile come un’emozione che il soggetto, in questo caso il partner, prova nel momento in cui teme di perdere l’affetto, l’attenzione, l’interesse e l’esclusività della persona amata. In letteratura (D’Urso, 1995; Dijkstra, Barelds & Groothof, 2010; Parrot, 1991; White & Mullen, 1989), la gelosia viene descritta come la percezione e/o la credenza secondo cui l’unicità del rapporto con la partner sia minacciata dall’eventuale presenza di un altro soggetto competitore. La gelosia di per sé non è negativa, poiché potrebbe risultare utile al rapporto nel caso in cui sia volta a mantenere intatta la relazione, dimostrandosi una fonte di interessamento e aiutando il partner a sentirsi più avvenente (Attridge, 2013).

La gelosia diventa problematica quando diventa fonte di violenza di genere e femmicidio in differenti culture (Daly & Wilson, 1988; Gibbens, 1958; Wolfgang, 1958). Ad esempio, la gelosia sembra in grado di predire eventuali maltrattamenti psicologici nelle relazioni intime tra partner (Bonechi & Tani, 2011).

La gelosia è considerabile patologica quando si verifica in assenza di elementi minacciosi tali da interrompere la relazione tra partner; inoltre, si potrebbe anche associare ad agiti violenti. Allo stesso modo, può essere considerata patologica se esistono dubbi paranoidei e un elevato

grado di disagio emotivo, anche associabili a comportamenti di *stalking* al fine di controllare la partner (Pfeiffer & Wong, 1989). Secondo Mullen & Maack (1985), questa tipologia di gelosia potrebbe essere caratterizzata da pensieri deliranti, iperreattività e bisogno di dominio sulla donna. Difatti, anche un disturbo delirante contraddistinto da un delirio di gelosia può essere un fattore di rischio per un abuso nei confronti della partner intima.

Per concludere, nel momento in cui la relazione intima tra partner non è più una relazione sicura, a patto che lo sia mai stata, si trasforma in un vero e proprio spazio di dolore e malessere. Di conseguenza, si possono generare degli strascichi anche traumatici non indifferenti per il corpo e la psiche della donna che ne è vittima (Mercy et al., 2017; Miller & McCaw, 2019; Santambrogio et al., 2019). L'amore richiede parità nella coppia, non può essere imposto dall'altro (Bonino, 2015).

2.1 Il soggetto abusante

Come descritto nel primo capitolo, la violenza di genere può avere una matrice socioculturale e può essere sorretta, giustificata e normalizzata dalla cultura dello stupro (Vagnoli, 2021). Allo stesso tempo, non sarebbe funzionale adottare una visione deterministica per studiare il fenomeno della violenza di genere nelle relazioni intime tra partner, attribuendo la sua natura in toto alla cultura e alla società nella quale si presenta e si sviluppa. Infatti, l'abuso nei rapporti tra partner intimi può anche essere associato a particolari quadri clinici e psicopatologici (Siria et al., 2021). Ragione per cui, in questa seconda parte del capitolo, lo scopo sarà cercare di comprendere e conoscere meglio la figura dell'abusante, studiandone le caratteristiche e alcuni dei suoi possibili profili clinici. L'obiettivo non sarà quello di giustificare e deresponsabilizzare l'abusante, ma piuttosto intuire il suo ipotetico funzionamento e alcune delle sue peculiarità.

In primo luogo, una possibile manifestazione di comportamenti violenti nell'età adulta potrebbe essere correlata a vissuti infantili traumatici, nei quali i bambini hanno assistito a fenomeni di violenza domestica e/o hanno subito loro stessi degli abusi. «Quando insegniamo ai bambini che è opportuno colpirli per scopi disciplinari, stiamo anche insegnando loro che le persone che li amano hanno il diritto di ferirli fisicamente se fanno qualcosa di sbagliato. E non dovrebbe essere una sorpresa, quindi, che gli uomini dicano che hanno il diritto di colpire fisicamente le donne che amano se fanno qualcosa di sbagliato» (Walker 2009, p.115). Questa prima ipotesi ci permette di comprendere come il soggetto abusante non sia solamente un carnefice nel presente, ma come in età evolutiva sia stato lui stesso una vittima.

Un'altra associazione verificabile è collegata a comportamenti violenti e aggressivi commessi dai bambini stessi, ad esempio ai danni di animali domestici, persone e/o oggetti. Anche in queste circostanze l'aggressività espressa dai minori potrebbe collegarsi ad un'esperienza infantile traumatica e dunque ad un contesto familiare disfunzionale. Pertanto, il vissuto dei soggetti maltrattanti potrebbe includere sentimenti di insicurezza, scarsa autostima, minore empatia, bisogno di mantenere il controllo sul mondo esterno, incapacità di gestire le frustrazioni, gelosia, possessività, manipolazione e/o arrivismo (Walker, 2009). Quindi, queste sembrerebbero essere delle combinazioni di fattori di rischio da considerare per valutare i fenomeni di violenza di genere nelle relazioni interpersonali.

Ulteriori fattori da considerare sono le differenze sociodemografiche (Berk et al., 1983; Straus et al., 1980). Secondo questi studiosi, una maggiore probabilità di mettere in atto comportamenti abusanti da parte del partner potrebbe essere correlata ad una minore istruzione scolastica, ad una classe socioeconomica inferiore, così come a diversità etniche, culturali e/o religiose. Anche se è possibile che la violenza domestica nelle classi dominanti sia altrettanto presente, ma semplicemente più complessa da individuare.

In relazione a queste ultime caratteristiche sociodemografiche, è necessario specificare come la cultura possa concretamente supportare azioni violente. Ad esempio, dalla letteratura emerge come sposare uomini più tradizionali che adottano pattern stereotipati e patriarcali di ruolo, attribuendo specifici compiti in base al genere alla moglie, possa rappresentare un fattore di rischio per possibili comportamenti violenti futuri (Vagnoli, 2021; Walker, 2009).

Un'altra ricerca che ha dimostrato l'importanza di valutare gli aspetti sociodemografici è stata condotta da alcuni ricercatori dell'Università pubblica di Navarra in Spagna. Dall'indagine è emerso come i soggetti perpetratori di *intimate partner violence* avessero un livello inferiore di educazione scolastica; spesso si trattava di soggetti disoccupati o facenti parte della nuova classe precaria. Inoltre, lo studio ha dimostrato come i soggetti violenti avessero dei precedenti psichiatrici di rilievo, soprattutto se aventi vissuti di maltrattamento infantile (Siria et al., 2021). Nuovamente, emerge la criticità per cui l'abuso infantile -e con esso il trauma- possa poi sfociare e riproporsi in comportamenti disfunzionali anche in età adulta e nelle relazioni future (Walker, 2009; Siria et al., 2021; Luberti et al., 2017; Bonino, 2015).

Un altro fattore di rischio che potrebbe avere esiti negativi sulle relazioni future e potrebbe incrementare l'eventualità di commettere abusi è collegato all'aver avuto esperienze intime e sessuali precoci, così come la presenza nei soggetti abusanti di comportamenti disfunzionali e/o

precedenti penali. Piquero e colleghi (2006), specificano come i maltrattanti differiscano per carriera criminale e che si possa parlare di individui contraddistinti da livelli di antisocialità tipici di una carriera criminale eterogenea (Hilton & Eke, 2016).

Dalle ricerche degli autori, emerge che i perpetratori di *intimate partner violence* tendano ad essere spesso coinvolti in una carriera criminale differenziata, caratterizzata da molteplici fenomeni delittuosi antecedenti alle violenze ai danni delle partner (Piquero et al., 2006; Hilton et al., 2016).

Per di più, un aggiuntivo aspetto da considerare se si vuole comprendere e analizzare la figura del soggetto abusante, richiede un ragionamento che parte dalla Teoria dell'attaccamento sviluppata da Bowlby (1973). In primo luogo, la teoria dell'attaccamento ha avuto il merito di mostrare come le prime relazioni del bambino con i suoi *caregiver* influenzino i suoi legami futuri (Karen, 1994; Klein, 1975). Questa teoria presuppone che ciascun soggetto nasca con il bisogno di sentirsi protetto e rassicurato, con lo scopo ultimo di sopravvivere; si genera una spinta naturale e innata alla ricerca di una relazione intima, emotiva e duratura con il *caregiver*. Difatti, ciascun bambino necessita di una base sicura a cui poter fare riferimento (Bowlby, 1973).

In base alle relazioni di attaccamento che si sviluppano tra bambino e *caregiver*, le persone sviluppano dei “modelli operativi interni” o “modelli di lavoro interni”, ovvero pattern di credenze su di sé e sugli altri che vengono interiorizzati dall'individuo (Bowlby, 1973 & 1988). I modelli operativi interni hanno degli effetti sull'autostima, sulla percezione delle proprie capacità, sulla gestione e auto-regolazione delle emozioni (oltre che sulle strategie di *coping* delle difese dell'Io) e sull'amabilità. Allo stesso modo, si creano delle percezioni riguardanti le relazioni che si hanno avuto, così come delle future aspettative nei confronti di prossimi rapporti; comprese le intuizioni riguardo alla disponibilità e affidabilità degli altri, sempre in associazione alle forme di relazioni che il soggetto ha instaurato nell'infanzia (Karen, 1994; Bonino, 2015; Klein, 1975). Bartholomew, (1993) concordando con Hazan e Shaver (1987), spiega come l'accoppiamento con un determinato partner sia riconducibile ai modelli operativi interni che si sviluppano nella relazione tra bambino e figure di attaccamento; ciascuno stile di attaccamento determina un insieme di aspettative e paure riguardo ai propri rapporti interpersonali.

Le relazioni di attaccamento che si sviluppano durante l'infanzia, in seguito guidano il soggetto nell'interpretare le informazioni sociali e influenzano le sue capacità di regolazione emotiva, di autonomia e di empatia (Bonino, 2015).

Esistono diversi stili di attaccamento (Ainsworth, 1978), cioè l'attaccamento sicuro, l'attaccamento insicuro-evitante, l'attaccamento insicuro-ambivalente e l'attaccamento insicuro-disorganizzato.

La persona che sviluppa un tipo di attaccamento sicuro avrà una propensione maggiore a percepire sé stesso come un soggetto degno di amore e affetto e sarà in grado di individuare nell'ambiente esterno un luogo confortevole, dove è possibile esprimersi, individuando negli altri delle figure protettive, degne di fiducia e supportive. Di conseguenza, si tratterà di un individuo poco ansioso. «Le persone con attaccamento sicuro sono in grado da adulti di mantenere negli affetti un equilibrio tra la vicinanza all'altro e l'autonomia personale: in concreto, sanno coniugare la realizzazione di sé con quella dell'altro. Sono persone aperte ed emotivamente stabili, che tendono a sviluppare relazioni durevoli basate su affetto e fiducia» (Bonino 2015, p. 111).

Inoltre, gli individui aventi uno stile di attaccamento sicuro, sembrano capaci di valutazioni più positive riguardo l'amore, con la conseguente credenza che quest'ultimo possa perdurare (Hazan & Shaver, 1987).

Al contrario, una persona che sviluppa una forma di attaccamento insicuro-evitante sarà maggiormente incline a rappresentarsi come indegna di amore e sostegno rispetto ad un individuo che ha sviluppato uno stile di attaccamento sicuro. Ciò accade perché da parte delle figure genitoriali ci sono state scarse risposte affettive, di conseguenza il bambino fatica a ricercare con loro un contatto. Ne consegue che il soggetto crescerà maggiormente propenso all'autonomia, anche emotiva. Inoltre, potrebbe interpretare l'ambiente esterno come insicuro e inospitale, maturando anche la credenza per cui gli altri sono inaffidabili e distaccati. Tutte queste tipicità tenderanno a rimanere presenti anche nel futuro nei rapporti interpersonali in età adulta (Bonino, 2015; Lebruto, 2023; Ainsworth et al., 1978).

Se il soggetto sviluppa un attaccamento di tipo insicuro-ambivalente, anche in questo caso, non sarà in grado di percepirsi come una figura degna di amore e affetto, individuando nell'altro un soggetto incoerente e imprevedibile, incapace di sintonizzarsi con i suoi stati soggettivi. Il bambino potrebbe manifestare segnali di disagio anche prima della separazione dai genitori, non trovando in loro un conforto stabile e mostrando comportamenti contrastanti nei confronti

dei *caregiver*. La dimensione ansiosa, così come una scarsa autostima e insicurezza, diverranno una peculiarità di questa forma di attaccamento (Bonino, 2015; Lebruto, 2023; Ainsworth et al., 1978).

Infine, nel caso in cui il soggetto sviluppi un attaccamento insicuro-disorganizzato, situazione più rara rispetto alle precedenti, sarà più propenso alla disregolazione emotiva e a possibili condizioni psicopatologiche. Spesso le madri di bambini disorganizzati, sono donne che non hanno elaborato un lutto e/o esperienze traumatiche con le figure di attaccamento (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Il bambino mostra un atteggiamento disorganizzato e/o disorientato in presenza del *caregiver*, ad esempio potrebbe congelarsi, ridere e di seguito gettarsi a terra, oppure disperarsi cercando un contatto con il genitore, ma mantenendo uno sguardo distaccato (Main & Solomon, 1990). In questo caso, la persona potrebbe individuare nel *caregiver* una figura ambigua, anche negativa e/o abusante e di conseguenza angosciante e spaventante, capace di indurre nel soggetto una rappresentazione scissa del proprio sé oltre che del *caregiver* (Lebruto, 2023; Lingiardi et al., 2014).

Alcuni soggetti abusanti hanno uno stile di attaccamento insicuro-disorganizzato, ma non solo (Dutton e Sonkin 2003). In effetti, il partner abusante potrebbe anche aver sviluppato uno stile di attaccamento insicuro-ambivalente; per cui, il perpetratore della violenza risulterebbe ansioso, dipendente e possessivo nei confronti della partner, temendo la sua separazione e avendo una grande difficoltà nella gestione e regolazione degli stati emotivi. Infine, seppur con una prevalenza minore, è possibile riscontrare nei soggetti abusanti anche uno stile di attaccamento insicuro-evitante (Bonino, 2015).

Esistono anche disturbi clinici e profili psicopatologici correlabili all'*intimate partner violence*, poiché in grado di spiegare l'attuazione di comportamenti abusanti e violenti nelle relazioni intime tra partner. Ad esempio, uno studio condotto dall'Università pubblica di Navarra in Spagna (Siria et al., 2021) ha documentato la presenza di disturbi di personalità in soggetti maschi perpetratori di violenza, con o senza una storia di abuso infantile. L'eventuale correlazione tra disturbi psicopatologici e perpetrazione di *intimate partner violence* va considerata al fine di proporre interventi adeguati. Il profilo psicopatologico appare più severo in soggetti aventi un vissuto di abusi infantili. Il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità è risultato il più frequente nel campione analizzato dallo studio. Altri disturbi di personalità rilevati sono il disturbo narcisistico e in misura minore quello istrionico. Per di più, sono stati

valutati come frequenti in una sfera di violenza intima perpetrata anche i disturbi d'ansia e le dipendenze da alcol e/o droghe (Siria et al., 2021).

In primo luogo, il disturbo ossessivo-compulsivo di personalità secondo il DSM-5 (2013) è caratterizzato da una forte preoccupazione per l'ordine, il controllo e il perfezionismo, lasciando poco spazio alla flessibilità. Come ampiamente descritto nel PDM-2 (2018), i soggetti affetti da un disturbo ossessivo-compulsivo di personalità sono portati a intellettualizzare maggiormente rispetto ad altri individui e possiedono un atteggiamento pressoché rigido. Rigidità e intellettualizzazione dimostrano di essere delle tecniche difensive al loro bisogno di controllo. In effetti, il loro funzionamento mentale cerca di mettere in atto delle strategie di resistenza per evitare che le emozioni e gli eventi sfuggano al loro esame. Inoltre, in queste persone vi è il timore profondo di non riuscire a gestire eventuali impulsi aggressivi e distruttivi, che però invece possono presentarsi in questo specifico quadro psicopatologico. Difatti, tra gli aspetti costituzionali propri del disturbo ossessivo-compulsivo di personalità, il PDM-2 (2018) inserisce la possibile aggressività e/o irritabilità, oltre che la rabbia tra gli affetti principali e la spinta a controllare gli altri. Tutte queste peculiarità risultano connesse alla presenza di questo disturbo in casi di *intimate partner violence* (Siria et al., 2021).

In secondo luogo, anche il disturbo di personalità narcisistico sembra essere frequente nei soggetti maltrattanti nei confronti delle partner. Come descritto nella quinta edizione del DSM (2013), l'individuo narcisista è contrassegnato da specifiche caratteristiche, come ad esempio scarsa empatia, bisogno di ammirazione e grandiosità. Di per sé, il soggetto narcisista maschera il suo vissuto di scarsa autostima dimostrandosi grandioso, seducente agli occhi della partner, ammirevole e capace, provando uno smisurato amore verso sé stesso. In tal senso, come argomentato da Lingiardi (2021), le relazioni interpersonali con la partner sono finalizzate a soddisfare i propri scopi e i propri bisogni, facendosi nel mentre idealizzare dalla donna, che lo deve amare rispondendo alle sue aspettative. La relazione intima diviene quindi un mezzo. L'abuso si verifica quando il narcisista patologico non si sente più amato come desidera, tanto da abbandonare la partner, identificandola come figura negativa da distruggere. Dunque, negli individui abusanti un disturbo di personalità narcisistico spiegherebbe il ricorso a tecniche e strategie di manipolazione psicologica, perversione, sfruttamento e umiliazione. L'obiettivo subdolo può divenire quello di porre in uno stato di subalternità la vittima, disprezzandola e intimidendola per mantenere un senso di controllo sull'altro.

In aggiunta, il terzo disturbo di personalità che secondo lo studio effettuato dall'Università di Navarra è correlato all'*intimate partner violence* è quello istrionico, che nel DSM-5 (2013) viene definito come un pattern pervasivo di emotività eccessiva e ricerca di attenzione. Nel PDM-2 (2018), i pazienti aventi questo disturbo vengono descritti come individui che si preoccupano riguardo a certe tematiche, quali ad esempio il genere, la sessualità e il potere. Potrebbero mostrarsi come persone appariscenti e seducenti, alla ricerca di attenzioni. La seduzione è utilizzata con lo scopo di dimostrare il proprio potere, anche se nel profondo questa strategia servirebbe per proteggerli e difenderli da un possibile vissuto di timore e debolezza. Emozioni, desideri e sentimenti vengono sperimentati come ansiosi e angoscianti. Al tempo stesso, l'esperienza sessuale può essere vissuta con irruenza e primitività.

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia (anch'essi segnalati dalla ricerca come prevalenti in una condizione di *intimate partner violence*), nel PDM-2 (2018) sono stati elencati diversi disturbi correlati all'ansia. Innanzitutto, l'ansia è l'analogo della paura, ma senza un pericolo oggettivo e può essere conscia o inconscia. Si pensi ad esempio all'ansia da separazione, connessa al timore di perdere l'oggetto amato; tale ansia si può chiaramente sviluppare anche all'interno di un rapporto diadico tra partner intimi. O ancora, l'ansia di annichilimento, l'ansia morale, l'ansia persecutoria. Non in tutti gli ambiti l'ansia diventa patologica, tuttavia lo è se si dimostra continua e di entità non proporzionata.

Anche i disturbi deliranti, nel caso in cui si verificano deliri di persecuzione e/o di gelosia possono essere correlati a casi di abuso nei confronti della partner (Mullen et al., 1985). Il disturbo delirante rientra nel complesso delle psicosi ed è contraddistinto da false convinzioni che possono perdurare anche un mese, senza ulteriori sintomi psicotici (DSM-5, 2013).

Inoltre, vi è una bassa correlazione tra il disturbo di personalità Borderline e l'*intimate partner violence* (Siria et al., 2021). Al contrario, un ulteriore quadro psicopatologico che può interessare una figura abusante è il disturbo antisociale di personalità, definito dal DSM-5 (2013) come caratterizzato da un modello pervasivo di disprezzo per le regole e le leggi. Anche nei soggetti abusanti può verificarsi questa psicopatologia, caratterizzata da una marcata giustificazione e razionalizzazione dei propri comportamenti anche a scapito degli altri e/o delle vittime dirette delle loro azioni. Come definito nel DSM-5 (2013), può esserci una tendenza alla colpevolizzazione della vittima e un'indifferenza nei confronti dello sfruttamento e delle azioni nocive sugli altri. Spesso il disturbo antisociale di personalità può correlarsi con altri

disturbi, la comorbidità risulta dunque frequente, ad esempio con disturbi da abuso di sostanze, disregolazione emotiva, disturbo borderline di personalità.

Per concludere, è funzionale valutare in una dimensione di *intimate partner violence* anche i disturbi da abuso di alcol e droghe (Siria et al., 2021). Come delineato nel PDM-2 (2018), in molti casi le dipendenze hanno una finalità difensiva; per cui, la dipendenza da sostanze va a migliorare la sofferenza dell'individuo, non avendo però un sollievo duraturo e stabile, il soggetto dipendente tenderà a rimettere in atto il comportamento difensivo, tornando ad assumere la sostanza/le sostanze da cui dipende. Si genererà dunque una ciclicità complessa da interrompere, che avrà influenze su tutte le aree della vita, modificando quindi anche i modelli relazionali.

Oltretutto, vi è un alto tasso di comorbidità tra i disturbi correlati all'abuso di sostanze e altri disturbi mentali, un elemento che potrebbe incidere sull'attività violenta nelle relazioni tra partner. Tant'è vero che la combinazione tra uso e/o abuso di alcol e cocaina può innescare azioni abusanti e violente (Crane et al., 2014). Le azioni maltrattanti in partner che hanno assunto alcol e/o droghe risultano essere più usuali e pericolose, spesso contrassegnate da possibili *escalation* di rabbia e tensione manifestate all'interno della diade (Foran & O'Leary, 2008).

Al postutto, la dipendenza da sostanze è associabile in forma maggiore all'aggressività e all'irritabilità, poiché l'alcol sembrerebbe attivare maggiormente i soggetti che già di per sé presentano tratti litigiosi e violenti (Fossos et al., 2007). Effettivamente, l'abuso di sostanze va a implementare il grado di litigiosità tra partner.

2.2 Il soggetto abusato

Dopo aver analizzato i fattori che possono incidere nel commettere atti abusanti nei confronti della donna da parte dei partner intimi, in questo paragrafo saranno presentate alcune peculiarità del soggetto abusato.

Anche in questo caso servirebbe tenere conto delle caratteristiche sociodemografiche, socioeconomiche e socioculturali, tra cui in particolar modo la giovane età della vittima e/o la differenza di età che ha con il partner. In più, è necessario prendere in considerazione anche il reddito familiare basso, una minore educazione scolastica e/o la suddivisione iniqua dei ruoli e del potere nella diade. Come visto nel precedente paragrafo, il fatto che il proprio partner sia

più tradizionale e adotti una visione machista e stereotipata della ripartizione dei ruoli, potrebbe connettersi ad una possibile futura situazione di abuso (Walker, 2009). Se nella relazione il potere non viene equamente distribuito, questo potrebbe condurre ad una rigidità marcata e conflittuale che potrebbe generare litigiosità. Si pensi ad esempio ad un rapporto tra partner intimi in cui la donna è costretta a fare da sola tutte le mansioni domestiche, occupandosi al tempo stesso degli eventuali figli senza poter prendere alcun tipo di decisione. Se la donna si trova in una posizione totalmente subordinata ed è svalutata anche a livello sociale, questa situazione potrebbe sfociare in accumuli di tensione ed eventualmente azioni abusanti tra i partner (Zara et al., 2020).

Un ulteriore fattore di rischio è l'aver subito abusi sessuali e/o molestie durante l'infanzia e/o l'adolescenza. La probabilità di poter subire ulteriori violenze da parte del partner intimo è collegata a continue molestie sessuali e aggressioni subite durante l'età evolutiva e alti gradi di violenza da parte dei famigliari, oltre ai maltrattamenti e/o incontrollabili eventi traumatici infantili (Walker, 2009). Difatti, il complesso di questi traumi subiti in età precoce potrebbe andare ad influire negativamente sulla sessualità adulta delle donne, aumentandone la vulnerabilità.

La donna che è vittima di *intimate partner violence* potrebbe sviluppare dei distinti quadri psicologici, che possono spiegare la motivazione per la quale non riesce a evadere dal ciclo di violenza nel quale si trova invischiata (Walker, 2009; Reale, 2011). In primo luogo, si può parlare di sindrome di Stoccolma domestica: una condizione nella quale la partner dimostra, nonostante gli abusi di diversa natura, di provare emozioni positive nei confronti del soggetto abusante. Di per sé, si tratta di una delle possibili tecniche di *coping* da poter adottare per sopravvivere all'interno della relazione maltrattante, provando nel frattempo a sfuggire alle violenze più distruttive (Reale, 2011).

Un'altra sindrome è stata quella nota come "sindrome della donna maltrattata", contestualizzabile in quello che è il ciclo della violenza approfondito da Lenore E. A. Walker (2009). Questa sindrome si va a rafforzare in partner profondamente abusate. La vittima continua, anche nel corso delle violenze subite, a confidare in un possibile cambiamento da parte del maltrattante. È bene ricordarsi che la donna si trova in uno stato di sottomissione, nel quale potrebbe essere anche stata manipolata a livello affettivo e psicologico. Altre ricerche hanno dimostrato come donne con un maggiore senso di impegno tendano a rimanere nella relazione abusante con più probabilità rispetto ad altre donne con un senso di impegno inferiore

(Rusbult & Martz, 1995; Strube & Barbour, 1983, 1984; Truman-Schram, Cann, Calhoun, & Vanwallendael, 2000). Come spiegato da Martin Seligman (1987), ciò che potrebbe verificarsi in questi contesti di sudditanza è una condizione di impotenza appresa. Questo concetto è stato ripreso anche nel libro *The battered woman syndrome*: «i rigidi modelli di socializzazione del ruolo sessuale lasciano le donne adulte con un senso di impotenza appresa in modo che non si sviluppino capacità adeguate a evitare di essere ulteriormente maltrattate» (Walker, 2009, p.8).

In aggiunta, la difficoltà a separarsi dall'abusante potrebbe anche essere connessa alla mancata autonomia economica, poiché in molteplici casi nei quali la vittima viene isolata, si potrebbe anche trovare in una condizione di violenza economica (Danna, 2007). Donne che hanno una maggiore indipendenza economica risultano meno influenzabili a livello psicologico, con una maggiore probabilità di riuscire a lasciare il partner abusante rispetto ad altre vittime non autonome dal punto di vista economico (Frisch & MacKenzie, 1991; Rusbult & Martz, 1995; Schutte et al., 1988).

Come descritto nel precedente paragrafo, lo stile di attaccamento che si sviluppa durante l'infanzia con le figure di attaccamento potrebbe avere un'influenza sulle relazioni future. Allo stesso modo, anche i modelli operativi interni potrebbero in parte determinare le relazioni interpersonali successive. Ciascuna persona tenderebbe a riprodurre nella sua esperienza di vita adulta la forma di rapporto che ha avuto con i *caregiver*, influenzato dai medesimi modelli operativi interni che ha sviluppato. Seguendo tale logica, il soggetto potrebbe riprodurre tali rapporti anche ricercandoli nelle relazioni con in partner intimi (Karen, 1994; Klein, 1975; Bowlby, 1973 & 1988; Bonino, 2015).

«Le prime esperienze affettive lasciano un'impronta importante, in un'età di massima plasticità, che ha conseguenze anche sulle relazioni affettive seguenti. Non bisogna pensare a un rigido rapporto deterministico tra esperienza di attaccamento infantile e comportamento nelle relazioni affettive future, ma solo a un aumento della probabilità che certe esperienze infantili portino a specifici modi di vivere gli affetti da adulti» (Bonino 2015, p. 110-111).

Il legame di attaccamento che si sviluppa tra bambino e *caregiver* è caratterizzato da un processo di accudimento genitoriale nei confronti del bambino, in modo da rispondere alle sue esigenze e ai suoi bisogni di cura. Invece, il legame diadico che si sviluppa in età adulta dovrebbe prevedere un rapporto di reciprocità e accudimento bilaterale. In entrambe le circostanze dovrebbe esserci una dinamica di protezione, contatto e sicurezza percepita da parte della figura di attaccamento (Bowlby, 1973; Bonino, 2015).

«I nostri risultati hanno confermato l'ipotesi che le donne abusate abbiano un rischio più elevato di sviluppare stili di attaccamento insicuri-ambivalenti, insicuri-ambivalenti e/o ansiosi; c'è una minore probabilità che abbiano sviluppato legami di attaccamento sicuri» (Walker, 2009, p.208). Di fatto, un soggetto abusato potrebbe aver sviluppato un legame di attaccamento di tipo insicuro-ambivalente. Di conseguenza potrebbe avere una visione di sé negativa, non sentendosi meritevole di amore e affetto. Inoltre, potrebbe avere una forte angoscia di separazione e il timore profondo di essere abbandonata dal partner. Questo determinerebbe un fattore di rischio associabile ad una maggiore possibilità di ingaggiarsi in una relazione abusante. Seppur con una prevalenza minore, la vittima potrebbe anche aver sviluppato uno stile di attaccamento insicuro-evitante. Inoltre, i modelli operativi interni dei soggetti insicuri-ambivalenti sembrerebbero maggiormente caratterizzati da scarsa amabilità, auto-rappresentazione pessimistica, oltre ad uno scarso livello di autostima e autoefficacia (Bonino, 2015).

Inoltre, la letteratura (Fisher & Crandell, 2001) suggerisce che vi sia una possibile combinazione tra partner anche a seconda degli stili di attaccamento che hanno sviluppato durante la loro infanzia. Con l'utilizzo dell'*Adult Attachment Interview*, Fisher e Crandell (2001) hanno avanzato delle ipotesi di possibili legami che si possono costruire tra partner intimi.

Per esempio, potrebbero realizzarsi delle coppie tra soggetti entrambi "sicuri", ovvero che hanno sviluppato uno stile di attaccamento sicuro durante l'infanzia. In questo caso ci sarà una relazione sana ed equilibrata, non priva di conflitti, ma caratterizzata da reciprocità, attenzione e interesse nei confronti dell'altro. I partner non dipendono gli uni dagli altri, ma sono in grado di mantenere un livello di autonomia. Tra questi individui il tasso di aggressività interno si dimostra essere inferiore rispetto ad altre tipologie di diadi (Wilson et al. 2013).

I rapporti con entrambi i soggetti insicuri-evitanti saranno delle relazioni caratterizzate da un timore di dipendenza nei confronti dell'altro e/o da parte dell'altro partner.

Le coppie con entrambi gli individui insicuri-ambivalenti risulteranno caratterizzate dal timore di non essere amati abbastanza dal rispettivo partner, con il rischio di non sentirsi confortati.

Le relazioni in cui un partner è insicuro-evitante e l'altro è insicuro-ambivalente, potrebbero sviluppare un maggior tasso di litigiosità e conflittualità. Il partner insicuro-ambivalente soffrirà poiché non si sentirà sufficientemente amato e temerà l'abbandono, mentre il partner insicuro-evitante si dimostrerà infastidito dalla dipendenza dell'altro partner, per cui cercherà di imporre

distanze e limiti (Vellotti e Zavattini, 2008). Questa tipologia di coppia potrebbe trasformarsi in una relazione abusante, poiché la partner dipendente conferma l'immagine negativa di sé e l'angoscia di non essere degna di amore. Al tempo stesso, il partner evitante avrà facilità nel mantenere il controllo ponendola in uno stato di subalternità, non sopportando il suo bisogno di conferme e il suo senso di dipendenza, giustificando così anche un'eventuale volontà di prendere le distanze dalla partner. Le competenze di controllo interno alla diade, le strategie di *problem solving* e la comunicazione risulteranno compromesse (Doumas, Pearson, Elgin & McKinley, 2008).

Infine, le coppie di insicuri e sicuri potrebbero rimanere in parte equilibrate ed essere in grado di superare le problematiche interpersonali, poiché le risorse del soggetto sicuro risultano funzionali alla correzione degli atteggiamenti disfunzionali del partner insicuro, facendogli sviluppare uno stile di attaccamento sicuro guadagnato (Castellano, Vellotti & Zavattini, 2013).

Per concludere, è possibile affermare che le relazioni tra partner intimi adulti vengano influenzate dai rispettivi modelli operativi interni di ciascun individuo (Karen, 1994; Klein, 1975; Bowlby, 1973 & 1988; Bonino, 2015); servirebbe quindi attribuire un certo valore alla maniera con la quale questi modelli rappresentazionali si incastrano tra loro (Vellotti & Zavattini, 2008). Come spiegato da Bowlby (1973 & 1980), le caratteristiche dei modelli operativi interni della persona, non sono solo necessarie per processare le proprie esperienze di vita, ma anche per sintonizzarsi con quelle del partner. Si generano quindi dei processi di accomodamento e/o assimilazione delle caratteristiche dei modelli operativi interni dell'altro soggetto, stabilendo un bilanciamento (Bowlby, 1973; Mikulincer e Goodman, 2006). «I MOI influenzano il modo con cui noi scegliamo il partner portando ad una conferma degli schemi relazionali interni [...] i MOI possono essere rivisti sulla base delle esperienze all'interno delle relazioni intime successive» (Vellotti & Zavattini 2011, p. 4).

2.3 La dipendenza affettiva

«Per natura siamo tutti dipendenti dall'amore. Significa che lo vogliamo, lo cerchiamo e abbiamo difficoltà a non pensarci. Abbiamo bisogno dell'attaccamento per sopravvivere e istintivamente cerchiamo la connessione, specialmente la connessione romantica. [Ma] non c'è nulla di disfunzionale nel volere amore» (Berry 2013, p.3).

Difficilmente si pensa all'amore come patologia, eppure è possibile che una relazione amorosa si associ a dinamiche di dipendenza affettiva. Senza dubbio entrano in gioco alcune sindromi viste nel paragrafo precedente, tra cui la sindrome di Stoccolma domestica e la sindrome della donna maltrattata. In questo contesto di violenza e abusi, la dipendenza affettiva patologica risulterebbe essere un terzo processo da tenere in considerazione (Walker 2009; Reale, 2011).

Se da una parte le relazioni tra partner possono essere luoghi sicuri e protettivi, esistono anche delle circostanze in cui tali rapporti sono dei veri e propri contesti di malessere. Infatti, può capitare che l'attrazione e il sentimento possano condurre a differenti problematicità e/o alla rovina personale (Earp, Wudarczyk, Sandberg & Savulescu, 2013). Inoltre, non è esperienza isolata sperimentare un vissuto di dolore, ansia, perdita, rabbia e/o depressione al termine di una relazione (Mearns 1991).

Inoltre, differenti studi neurobiologici hanno confermato l'esistenza di specifiche reazioni biochimiche nel cervello quando ci si sente innamorati del partner. Queste reazioni coinvolgono dopamina, ossitocina, vasopressina e serotonina: tutte sostanze necessarie allo sviluppo della fiducia interpersonale, del piacere e della ricompensa (Esch & Stefano 2005). Diverse ricerche hanno associato questo funzionamento ad uno stato di dipendenza (Blum, Chen, et al., 2012).

Di fatto, è possibile far rientrare la dipendenza affettiva (in inglese *love addiction*) tra le cosiddette nuove dipendenze. È bene anche specificare che la dipendenza affettiva non sia analoga alla *sex addiction*, disturbo che non verrà analizzato in questa sede. La *love addiction* è una dipendenza non ancora insita nei principali manuali diagnostici.

La dipendenza patologica che il soggetto prova nei confronti del partner potrebbe renderlo subalterno ad esso. Nonostante i sintomi d'astinenza fisici in tale condizione non siano paragonabili alle dipendenze da sostanze, ciò non determina una minore sofferenza nell'individuo *addicted* (Berry, 2013).

«Spesso diciamo “amore” quando in realtà intendiamo, e stiamo agendo, una *addiction* - una sterile ed immatura relazione di dipendenza, con un'altra persona che funge da oggetto del nostro bisogno di sicurezza. Questa dipendenza interpersonale non è come una *addiction*, non è qualcosa di analogo alla *addiction*; è una *addiction*. È una *addiction* tanto quanto la dipendenza dalla droga» (Peele & Brodsky, 1975/2015, p. 22).

Nonostante non siano ancora del tutto note le cause, la popolazione femminile mostra un maggiore rischio di sviluppare questa forma di dipendenza patologica dal partner (Sophia et al.,

2007). Questa prospettiva riuscirebbe a spiegare un altro processo che entrerebbe in gioco nel momento in cui una *survivor* rimane all'interno di una relazione abusante. Più volte, in una dimensione abusante la relazione stessa viene considerata come indispensabile e necessaria per la propria esistenza (Caccico, 2019).

Già a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta alcuni studiosi hanno cercato di comprendere le caratteristiche dei partner dipendenti. Effettivamente, sembrerebbero esistere diversi profili di dipendenza affettiva (Peabody, 1989), tra cui: il partner dipendente affettivo-ossessivo, il quale non è in grado di lasciare andare l'altro, neppure se risulta essere impegnato, non disponibile emotivamente o sessualmente, incapace di comunicare, abusante, distante, egocentrico, egoista, indagatore o avente un'ulteriore tipologia di dipendenza.

Esiste anche il profilo affettivo-codipendente: si tratta di una forma frequente nella quale i partner hanno una bassa autostima e sono fortemente insicuri. Questa situazione li spinge a mettere in atto comportamenti per trattenere l'altro, usando ogni tipo di strategia. Spesso i partner con questo profilo provano in ogni modo a prendersi cura dell'altro, sperando che prima o poi queste manifestazioni possano essere ricambiate. È anche probabile che i partner controllino l'altro con delle strategie passivo-aggressive, si pensi ad esempio alla colpevolizzazione dell'altro, al *gaslighting*, al *silent treatment*, come dinamiche manipolatorie all'interno della coppia.

Vi sono poi soggetti dipendenti dalla relazione, questi partner non sono più innamorati, ma non riescono a separarsi dall'altro, in alcuni casi per il timore di rimanere soli; ciò può avvenire anche in circostanze abusanti e violente.

In seguito, il profilo del dipendente affettivo narcisista contraddistingue i partner eccessivamente dominanti, controllanti, seducenti e manipolativi. Diversamente dal codipendente, che accetta qualsiasi tipo di modalità relazionale, compreso anche provare disagio, il narcisista non permette a nessuno di interferire con il suo benessere e non si dimostra ansioso per lo sviluppo del rapporto stesso. Questo si verifica poiché il narcisista è concentrato su sé stesso, non rendendosi però conto del suo stato di dipendenza nei confronti del partner. Per far fronte ad una ipotetica fine della relazione e conseguente abbandono, potrebbe mettere in atto qualsiasi azione, anche violenta.

L'individuo dipendente romantico vive tale situazione di dipendenza non solo con un partner, ma con molteplici. È bene specificare che non si tratta di soggetti aventi una dipendenza

sessuale, perché il loro scopo è quello di cercare di mantenere e costruire legami romantici e veritieri, anche se di breve durata o in contemporanea ad altre relazioni.

Il profilo del partner dipendente affettivo ambivalente è caratterizzato da soggetti particolarmente evitanti nei confronti dell'altro. In tale contesto, sviluppano delle forti difficoltà nell'entrare in intimità e complicità con il partner amato, seppur possano temere in forma minore la separazione. Questa particolare forma di dipendenza affettiva è contrassegnata da ulteriori sottocategorie, tra cui ad esempio i *torch bearers* (coloro che "mantengono la candela", cioè che non trovano un amore corrisposto). Questi ultimi sono partner ossessionati da individui indisponibili nei loro confronti. Questa dipendenza potrebbe non essere associata ad alcuna manifestazione concreta, ma anche solamente ad illusioni e/o fantasie immaginarie.

Rientrano tra le sottocategorie anche i partner sabotatori, che rovinano il rapporto con il partner temendone l'intimità e/o la possibile serietà del rapporto. La rottura potrebbe avvenire ancora prima che la relazione si concretizzi, per esempio prima dell'appuntamento, ma anche durante il rapporto o in seguito ad un'esperienza sessuale.

Esistono poi i seduttori rifiutanti, i quali presentano la volontà e il bisogno di affetto, compagnia o rapporti sessuali dal partner, fino a che il senso di insicurezza diventa tale da spingerli a mettere in atto atteggiamenti di disponibilità e indisponibilità, allontanando così il partner. Il seduttore rifiutante differisce dal sabotatore, poiché quest'ultimo lascia l'altro nel momento in cui si sente in pericolo; mentre il seduttore rifiutante continua a replicare tale processo di disponibilità e non disponibilità in modo ricorrente.

Secondo l'autore, la dinamica che potrebbe instaurarsi tra vittima e abusante, in grado di spiegare la dipendenza affettiva, è la seguente: nell'individuo maltrattante si sviluppa una dipendenza affettiva narcisistica e romantica; intanto, la *survivor* sviluppa una dipendenza affettiva ossessiva e relazionale. La dipendenza affettiva codipendente è invece caratteristica sia tra le vittime di abuso sia tra gli abusanti (Peabody, 1989).

Dato che la dipendenza affettiva può risultare patologica ed è definibile come una vera e propria *addiction*, presenta una sua specifica sintomatologia. Come emerge dalla bibliografia presa in esame, l'ossessione per la partner e/o la sottomissione all'interno di un rapporto intimo, può condurre ad un vissuto di malessere e trascuratezza in diverse aree della vita (Timmreck, 1990). Si pensi ad esempio al pensiero e alla necessità continua di essere a contatto con il proprio partner e alla sofferenza che si sperimenta se questa vicinanza non è possibile, tanto da poter sfociare in irritabilità e/o ansia da separazione.

Inoltre, anche i profili dipendenti elencati da Peabody (1989) sembrerebbero in qualche misura connessi ai legami di attaccamento che gli individui sviluppano durante l'infanzia con i *caregiver*. Riguardo a tale correlazione sono state effettuate molteplici ricerche (Ainsworth, 1972; Alonso-Arbiol, Shaver, Yarnoz, 2002; Brennan, Shaver, 1998; Dozier, Stovall-McClough, Albus, 2008; Sroufe, Fox, Pancake, 1983; Weinfield et al., 1999; West et al., 1994). Il partner dipendente potrebbe in effetti aver sviluppato uno stile di attaccamento insicuro e ansioso, che tenderebbe a perpetrarsi nel tempo e dunque nelle relazioni intime adulte.

La dipendenza affettiva e la scarsa autoefficacia sembrerebbero accrescere se associate ad uno stile di attaccamento insicuro e/o ad un vissuto infantile traumatico (Holmes, 1997; Bornstein, 1998; West, George, 1999; Hill, Gold, Bornstein, 2000). Una relazione precoce di *neglect* con le proprie figure di attaccamento potrebbe condurre il soggetto alla convinzione di non essere nulla in assenza dell'altro. La relazione con dei partner abusanti potrebbe riflettere un bisogno inconscio e distorto di essere viste e riconosciute (Goldner, 2004).

Come descritto precedentemente, gli individui tendono a riprodurre nelle relazioni intime future i modelli operativi interni che si sono sviluppati dall'infanzia, contraddistinti dagli schemi cognitivi e le rappresentazioni di sé, dell'ambiente e degli altri (Karen, 1994; Klein, 1975; Bowlby, 1973 & 1988; Bonino, 2015).

Per concludere, è possibile analizzare come lo stato di dipendenza non vada a caratterizzare solamente la vittima di abuso, come tipicamente si potrebbe credere, ma anche il suo *offender* (Peabody, 1989). Difatti, se da un lato la *survivor* potrebbe essere una partner dipendente affettiva ossessiva e relazionale, dall'altro lato il soggetto abusante dipende dal suo stesso controllo manipolativo della vittima (Fonagy, 1998; Dutton, 1998), caratterizzato da uno stile dipendente di tipo affettivo narcisistico e romantico. Spesso il maltrattante non tollera alcun tipo autonomia da parte della partner, poiché rappresenterebbe una minaccia al suo controllo. La sottomissione diventa il mascheramento della sua stessa dipendenza affettiva (Sonkin, 1987; Murphy, Meyer, O'Leary, 1994; Dutton, Golant, 1997).

Capitolo 3.

Il trauma

«Trauma è vocabolo di origine greca e rinvia ai significanti *ferita, contusione, lacerazione*. Indubbiamente anche il danno all'organismo cui la traduzione allude può provocare conseguenze traumatiche sul piano della psiche, tuttavia, a differenza dell'aspetto organico pienamente sanabile con la guarigione, il versante psichico tende a riportare lesioni invisibili agli occhi che non rimarginano in tempi, modi e forme equiparabili alle convalescenze corporee» (Giglio, 2020, p. 41).

Le esperienze traumatiche iniziano ad essere studiate da medici all'avanguardia a partire dal 1700 e 1800, compresi Janet, Charcot e in seguito Freud. Per Freud (1926) il trauma si verifica nel momento in cui l'evento a cui il soggetto deve far fronte è talmente nocivo da ledere la barriera protettiva che di norma lo protegge (Lingiardi & Gazzillo, 2014). In altro modo, Janet (1859-1947) ipotizzava che il trauma avesse una conseguenza "frammentante e disorganizzante" sulle attività psichiche dei pazienti, tanto da creare delle "idee fisse subconscie" capaci di alterare il funzionamento psichico dell'individuo (Lingiardi et al., 2014).

Il trauma ha una realtà interna ed esterna, poiché influenzato sia dal mondo interiore del soggetto sia dal mondo esterno. In questo senso, è bene tenere conto della componente sociale e relazionale che può pesare sull'esperienza traumatica vissuta dal soggetto (Lingiardi et al., 2014; Merton, 1994). Se originariamente il trauma era stato collegato in particolare all'abuso in età evolutiva (Freud, 1926), successivamente, grazie ad altri autori e studiosi come Winnicott, Ferenczi e Balint, si è compreso come gli eventi traumatici possano anche essere reiterati e cumulativi, non solo singoli. Inoltre, i traumi non ledono l'individuo solamente durante l'infanzia, ma anche in età adulta. (Lingiardi et al., 2014).

Nascerà più tardi il concetto di trauma cumulativo, derivante «dalle tensioni e dalle pressioni che il bambino piccolissimo sperimenta nel contesto della dipendenza del suo Io dalla madre in quanto scudo protettivo e Io ausiliario» (Masud Khan, 1963, p.45). Non solo l'abuso, ma anche il fallimento gestionale dei *caregiver* o precoci esperienze di abbandono e perdita possono generare nell'individuo strascichi traumatici (Lingiardi et al., 2014).

Oltre a ciò, il trauma è strettamente connesso alla nozione di stress: «lo stress è uno stato di tensione fisica e/o psicologica causato da agenti stressanti (gli *stressor*) di natura fisica o psicologica, in grado di produrre un'alterazione dell'omeostasi individuale. Lo stress è una

componente inevitabile e addirittura funzionale nella vita di ciascuno. Tuttavia, quando eccede le capacità del soggetto di farvi fronte, diventa traumatico e può compromettere, a breve e lungo termine, la salute dell'individuo» (Lingiardi et al., 2014).

In effetti, è lo stress traumatico a divenire elemento caratterizzante di specifici quadri psicopatologici come, ad esempio, il disturbo da stress post-traumatico. «Secondo i ricercatori contemporanei, il fatto di essere sopraffatti da un evento ha un correlato biologico nelle strutture cerebrali le cui funzioni vengono alterate, e, insieme a queste, ci sono risposte fisiologiche negli individui che affrontano il trauma e successivamente sviluppano un PTSD» (Lingiardi & McWilliams 2018, p. 199). In aggiunta, tali studiosi hanno evidenziato l'alta presenza di stress in soggetti vittime di traumi, oltre all'influenza che questi avvenimenti possono avere sul loro sviluppo e sulla possibilità di sviluppare delle psicopatologie. Infatti, sono stati rilevati svariati quadri psicopatologici in differenti popolazioni di individui traumatizzati. Il trauma ha un effetto sulla salute dell'organismo, l'impatto che lo stress e il trauma hanno sull'individuo include aspetti biologici, psicologici, sociali e culturali (Devries, 2004).

La risposta dei soggetti ad un medesimo *stressor* non sarà sempre uguale, poiché esisteranno individui in grado di avere una risposta adattiva e altri che avranno invece una risposta disadattiva. Questa differenza porterà allo sviluppo di due condizioni: la prima denominata *eustress* e la seconda *distress*. Di fatto, l'incidenza dell'avvenimento potenzialmente traumatico dipende da due determinanti: a) se l'avvenimento è minaccioso per il soggetto, a breve e/o a lungo termine; b) se l'individuo ha le risorse (emotive, sociali, finanziarie...) adeguate per farvi fronte (Lingiardi et al., 2014).

Gli *stressor* traumatici sono «quegli eventi che eludono i meccanismi attraverso cui normalmente interpretiamo le nostre reazioni, ordiniamo le nostre percezioni del comportamento altrui e ci creiamo schemi di interazione con la realtà. In parte, tali meccanismi si affidano alla nostra capacità di prevedere, proteggere e conoscere noi stessi» (Mcfarlane & De Girolamo 2004, p. 138). Questa tipologia di *stressor*, si può scindere in base alla durata che hanno nel tempo, ad esempio se si tratta di incidenti, abusi sessuali; oppure, *stressor* reiterati nel tempo, tali da sviluppare un effetto cumulativo, per esempio violenze sessuali ripetute all'interno di una relazione intima tra partner. In quest'ultimo caso, si tratta di un'esposizione protratta della vittima allo stimolo stressante e traumatico (De Piccoli, 2007).

Dalla letteratura presa in esame (Wheaton, 1994), è possibile distinguere diverse categorie di *stressor* traumatici. Esistono traumi improvvisi, *life events*, inconvenienti quotidiani, *stressor* al livello del macrosistema o del sistema sociale, eventi mancati e *stressor* cronici.

I traumi improvvisi sono inaspettati e solitamente di breve durata, non tendono ad essere ripetuti nel tempo, di conseguenza la vittima risulta essere totalmente impreparata. I *life events* sono circostanze specifiche in grado di mutare la vita del soggetto, con un impatto temporale maggiore rispetto ai traumi improvvisi, si pensi ad esempio alla separazione dal partner o ad una malattia invalidante. Gli inconvenienti quotidiani tendono ad avere un influsso maggiormente prevedibile rispetto alle tipologie precedentemente elencate. Gli *stressor* al livello del macrosistema o del sistema sociale invece potrebbero tendere verso l'estremo episodico (come una guerra improvvisa) e/o l'estremo cronico (come ad esempio la criminalità). Gli eventi mancati sono invece degli avvenimenti desiderati, che però non si presentano quando voluto o non si verificano affatto; pertanto, il soggetto dovrebbe avere le risorse tali per fronteggiare la loro assenza. Infine, gli *stressor* cronici sono stimoli stressanti che continuano ad agire nel tempo; l'individuo è impossibilitato nel prevederne il risultato e/o la fine (Wheaton, 1994).

Se la reazione all'evento stressante e traumatico è soggettiva, cosa può essere definito traumatico? «Il trauma psichico è tale quando, una vicenda inattesa e spiacevole ha la forza di costituirsi come spartiacque che modifica la vita del soggetto, realizzando una distinzione fra un prima e un dopo di ordine differente» (Giglio, 2020, p.43).

Al fine di chiarire cos'è il trauma, nel PDM-2 (2018), tenendo conto della letteratura d'insieme degli ultimi decenni, sono state elencate cinque tipologie di trauma:

- Tipo I, trauma non personale/accidentale/disastro naturale/shock; per questo primo tipo di trauma non esiste una causalità peculiare. Di recente, questa classe è stata estesa per raggruppare anche le malattie e le problematiche mediche che accadono fortuitamente, tenendo conto dei possibili trattamenti che richiedono tali condizioni mediche, spesso riabilitazioni anche dolorose a livello fisico e/o psichico ed emozionale.
- Tipo II, trauma interpersonale, commesso da altri esseri umani con lo scopo di ferire e appagare la loro necessità di provocare danno e fare del male agli altri. Questa seconda classe di trauma può verificarsi in maniera reiterata ed estesa nel tempo oppure come caso isolato o limitato ad uno specifico arco temporale. Solitamente,

tende ad essere isolato nel tempo se commesso da un individuo estraneo alla vittima; al contrario, come nei casi di *intimate partner violence*, tende ad essere perpetrato nel tempo. «La dimensione interpersonale del trauma primario è molto importante per quello che riguarda la gravità dei sintomi, che sono più gravi se il trauma è perpetrato da una persona conosciuta o che ha una relazione con la vittima (o che ha un ruolo nella relazione che prevede assistenza e protezione nei confronti della vittima) – un pattern definito “trauma di tradimento”» (Lingiardi et al., 2018, p. 200).

- Tipo III, trauma d'identità, questa tipologia di trauma si lega alle caratteristiche tendenzialmente immutabili del soggetto che ne è vittima. Come ad esempio il genere, l'identità di genere, l'etnia e/o l'orientamento sessuale: si tratta di elementi alla base della vittimizzazione.
- Tipo IV, trauma di comunità, questa forma di trauma è collegata all'identità del gruppo, alle tradizioni culturali e comunitarie, aspetti alla base dei conflitti con altri gruppi e/o della violenza nei confronti di gruppi chiusi.
- Tipo V, trauma persistente, stratificato, cumulativo, contraddistinto dalla rivittimizzazione e ritraumatizzazione.

Inoltre, in particolar modo nel caso in cui si verifichi un trauma di tipo II, è possibile che si generino anche dei traumi secondari. Per esempio «quando la vittima chiede aiuto agli altri e questo non serve, o quando la vittima prova vergogna o si sente colpevole per quanto è accaduto, si verifica un secondo danno che è anch'esso traumatizzante» (Lingiardi et al., 2018, p. 200). Di conseguenza, il concetto di trauma secondario è inevitabilmente collegabile ai processi di colpevolizzazione della vittima, sostenuti dalla cultura dello stupro, trattata nel primo capitolo (Vagnoli, 2021).

In tutti i casi di trauma, a prescindere dalla tipologia verificatasi, è possibile che si sviluppi (non sempre) un disturbo da stress acuto o un disturbo da stress post-traumatico, e/o un disturbo da stress post-traumatico complesso, in accordo alle caratteristiche individuali e uniche del soggetto (Lingiardi et al., 2018).

Proprio per via delle diverse caratteristiche individuali, esistono molteplici aspetti del trauma da considerare. Si pensi ad esempio all'età della vittima, non sono insoliti i casi di abuso infantile e di traumi in età evolutiva. Questi ultimi, hanno un profondo impatto sul mondo interno del bambino, poiché «tanto più è giovane, tanto più sarà alto il rischio di conseguenze

negative e durevoli» (Lingiardi et al., 2014, p. 105). È anche bene indagare al fine di comprendere se si tratta di un trauma avvenuto in un ambiente cronicamente traumatico, oltre che analizzare se il trauma è un trauma di tipo cumulativo (Lingiardi et al., 2014).

3.1 Fattori di rischio e fattori di protezione

Se è vero che la risposta di ciascun individuo agli *stressor* traumatici è differente, è bene provare a individuare quali sono i fattori di rischio e di protezione che possono influire sullo sviluppo di una psicopatologia post-traumatica. Se alcuni sono fattori di rischio non modificabili, come ad esempio la storia psichiatrica pregressa, altri sono elementi modificabili, tra cui per esempio i tratti comportamentali e gli stili cognitivi (Wild, Smith, Thompson, Béar, Lommen, Ehlers, 2016).

In una circostanza traumatica, esistono «esperienze che rafforzano (o indeboliscono) l'individuo prima dell'esposizione al rischio; le influenze protettive che operano al momento dell'esposizione al rischio e le esperienze positive di recupero che rappresentano il punto-di-ritorno dopo l'esposizione. Ciò indica che il trauma, in sé stesso, non è una causa sufficiente per spiegare la comparsa della sintomatologia. Entrano in gioco: fattori di rischio (di vulnerabilità), che aumentano la probabilità di esiti negativi in risposta a situazioni stressanti e fattori protettivi (di resilienza), che hanno un effetto opposto e proteggono l'individuo da tali esiti» (Galli, 2019, p. 80).

Esistono fattori interni e fattori esterni/ambientali da considerare per cogliere tutti i vari aspetti protettivi o di rischio legati al trauma. I fattori interni sono fattori come il sesso, l'età, l'intelligenza, il carattere introverso o estroverso, l'autostima e la genetica. Mentre per fattori esterni e ambientali si intendono la cultura, la rete sociale e la famiglia (Galli, 2019). «Risorse personali, reti di sostegno sociale, capitale sociale costituiscono alcuni tra i principali fattori che s'interpongono tra la situazione critica e il soggetto» (De Piccoli 2007, p. 164).

In un recente studio effettuato all'Università di Oxford nel 2016, i ricercatori hanno cercato di definire in maniera puntuale gli svariati elementi di rischio che possono condizionare lo sviluppo del disturbo da stress post-traumatico (Wild et al., 2016). L'obiettivo ultimo dello studio è stato quello di comprendere in ottica preventiva quali fossero gli individui più a rischio nello sviluppo di depressione e/o disturbo da stress post-traumatico, individuando i soggetti con cui sarebbe stato più funzionale intervenire con appositi programmi di *resilience training* (Wild et al., 2016).

Basandosi sulla letteratura scientifica pregressa, le variabili predittive appurate sono state le seguenti: la storia psichiatrica pregressa, l'esposizione ad esperienze traumatiche, dissociazione, nevroticismo e instabilità emotiva, sensibilità all'ansia, percezione della resilienza allo stress, atteggiamenti nei confronti dell'espressione emotiva, attribuzioni depressive, cognizioni post-traumatiche mal adattive, risposte cognitive ai ricordi di episodi stressanti, strategie di *coping* e supporto sociale (Wild et al., 2016).

I fattori di rischio che hanno continuato ad essere associati allo sviluppo di PTSD durante il *follow-up* sono stati i seguenti: nevroticismo e tendenze dissociative; fattori di rischio cognitivi, come ad esempio bassa resilienza percepita, attribuzioni depressive, cognizioni post-traumatiche disadattive; risposte cognitive ai ricordi di avvenimenti stressanti, come ad esempio soppressione delle memorie, ruminazione mentale, *numbing* intenzionale; così come strategie di *coping* evitanti, per esempio il disimpegno comportamentale e/o lo scarso supporto sociale, oltre alla storia psichiatrica pregressa e l'esposizione a traumi preesistenti (Wild et al., 2016).

In accordo con le ricerche precedenti (Wittchen et al., 2013), disturbi mentali pregressi ed episodi da stress post-traumatico aumentano di sei volte la possibilità di sviluppare nuovamente una sintomatologia post-traumatica. Inoltre, è la reazione che il soggetto ha di fronte allo *stressor* traumatico ad essere predittiva, più che l'esposizione al trauma stesso (Declercq et al., 2011). Invece, Rachel Yehuda (1999), nel suo libro *Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder*, scrive che esiste un modello lineare tra l'intensità e la gravità dello *stressor* e lo sviluppo di una sindrome post-traumatica. Maggiore è l'intensità dello *stressor* traumatico, maggiore è la possibilità di sviluppare PTSD.

Il disturbo da stress post-traumatico sembra essere più frequente tra chi è già sopravvissuto ad un trauma, ovvero in soggetti che hanno già una storia di traumi pregressi, oltre che in individui aventi un basso livello di istruzione, una mancanza di preparazione soggettiva e una storia di avversità infantile. Peraltro, vi è una maggiore frequenza di PTSD tra le donne (Lebens & Lauth, 2016).

Un ulteriore fattore di rischio da considerare, poiché di notevole importanza, è il contesto relazionale di *caregiving* (Scheeringa, Zeanah, Myers, Putnam, 2004). Infatti, non solo il maltrattamento fisico, ma anche il fallimento gestionale dei *caregiver* possono provocare nell'individuo sintomi post-traumatici (Lingiardi et al., 2014). In effetti, anche i bambini durante l'infanzia possono soffrire di un disturbo da stress post-traumatico, tanto da poter confermare una continuità sintomatologica post-traumatica anche a distanza di più di 30 anni

(Morgan, Scourfield, Williams, Jasper, Lewis, 2003). È dunque capace di divenire un fattore protettivo nel lungo termine in un contesto di *caregiving* sicuro e protettivo.

Anche in studi più recenti, questi fattori sono stati portati alla luce: gli elementi di resilienza più notevoli riguardano vissuti di sostegno interni ed esterni al contesto familiare, per esempio una gestione genitoriale supportiva e sicura (Meng et al., 2018).

Per studiare i fattori di rischio che possono intercorrere nello sviluppo di una sintomatologia post-traumatica, è possibile tenere conto del modello di vulnerabilità-stress. Di per sé, la vulnerabilità è un tratto stabile nel soggetto, si tratta di una condizione biologica o psicologica, seppur modificabile. Inoltre, la vulnerabilità risulta essere endogena, ovvero risiede all'interno del soggetto. In più, è un tratto latente: quando si manifesta espressamente, diviene psicopatologia (Zennaro, 2011).

Il concetto di vulnerabilità è collegato tramite un continuum con lo stress e con la resilienza. «In psicologia si definisce resilienza la capacità di fronteggiare con successo e superare in modo adattivo esperienze che mettono a dura prova l'individuo. [...] La resilienza e il suo opposto, la vulnerabilità, definirebbero quindi i limiti dell'umano, estremi di un continuum che il trauma può tragicamente evidenziare» (Lingiardi et al., 2014, p. 101-102).

Secondo George Bonanno (2004), la resilienza ha quattro dimensioni: *hardiness*, *self-enhancement*, *repressive coping* e *positive emotion*. *Hardiness* fa riferimento al senso di resistenza dell'individuo, legato alla capacità di trovare e dare un senso e un fine alla propria esistenza; convinzione nel poter cambiare l'ambiente e migliorarsi; credenza radicata nel poter trarre una lezione sia dagli eventi positivi sia dagli eventi negativi. *Self-enhancement* è invece un'espressione legata alla visione positiva di sé stessi e delle proprie competenze. Il *repressive coping* si collega alla capacità di utilizzare strategie difensive come la rimozione e la dissociazione per un periodo di tempo limitato, divenendo funzionali nell'affrontare le difficoltà più disperate. Infine, la *positive emotion* fa riferimento all'ottimismo e all'umorismo (Lingiardi et al., 2014).

Questo specifico continuum tra vulnerabilità e resilienza, si rapporta con quelli che sono gli eventi stressanti nella vita di ciascuno. Se un individuo ha un livello alto di vulnerabilità, sarà sufficiente un livello minore di stress per generare un disturbo. Diversamente, se un soggetto è resiliente sarà necessario un maggiore livello di stress perché si instauri un disturbo. Ne consegue che la resilienza assume il ruolo di fattore protettivo per l'individuo (Ingram & Price, 2001; Zennaro, 2011).

Oltre alla resilienza e ad un ambiente di *caregiving* sicuro e protettivo, anche le competenze specifiche del soggetto come l'autoefficacia, gli stili di *coping* e la presenza di una salda e stabile rete sociale di cui disporre divengono fattori protettivi in condizioni stressanti e potenzialmente traumatiche (De Piccoli, 2007; Galli, 2019). Judith Herman (1992) individua come fattori protettivi l'attaccamento sicuro e di *coping* sociale, facendo riferimento alla competenza nel chieder aiuto oltre che contestualizzare le azioni degli altri.

«Situazioni croniche di difficoltà non producono necessariamente danni permanenti: gli effetti negativi di alcune esperienze possono essere annullati grazie a cambiamenti drastici nelle condizioni di crescita» (Galli, 2019, p.79). Effettivamente, la resilienza sembrerebbe in grado di poter essere affinata attraverso precisi programmi di *resilience training* (Wild et al., 2016).

3.2 Strategie di *coping* e reazioni soggettive al trauma

Come descritto nelle pagine precedenti, ogni persona ha differenti risorse di cui poter usufruire nei momenti di stress; proprio per questo, le reazioni che l'individuo ha di fronte al trauma sono soggettive, legate alle sue caratteristiche interne e all'ambiente esterno in cui vive. Dunque, esisteranno risposte adattive o disadattive a quelli che sono gli *stressor* traumatici (Lingiardi et al., 2014; Galli, 2019).

In primo luogo, una diversa risposta allo *stressor* sembrerebbe essere collegata al *locus of control* (Kobasa, 1979). In soggetti aventi un alto livello di resilienza, il *locus of control* tende ad essere interno, determinando quella che è una maggiore presa di posizione di fronte alle circostanze stressanti. Al contrario, il *locus of control* esterno tende ad essere caratteristico degli individui più vulnerabili e passivi, che attribuiscono la causalità degli avvenimenti ad altri e/o per esempio al destino (Lingiardi et al., 2014).

Altresì, esistono differenti strategie di *coping* che il soggetto può mettere in atto per far fronte all'avvenimento traumatico. È possibile che si elaborino strategie di *coping* attive, come ad esempio l'attacco e/o la fuga. Oppure, strategie di *coping* passivo: si pensi ad esempio al disimpegno e/o al *freezing* (Ursin & Olf, 1993). La disponibilità di strategie reattive funzionali, come per esempio l'autocontrollo e l'autoregolazione, anche emotiva, generano risposte ottimali anche di fronte a situazioni minacciose (Neuner, 2022).

Nello specifico, «il concetto di *coping* sta a indicare un processo adattivo che impegna il soggetto nel superamento di una situazione stressante, in modo da eliminare, ridurre o tollerare la situazione stessa» (De Piccoli 2007, p. 167).

Come indicato da Folkman e Lazarus (1988), è funzionale distinguere tra stili di *coping*, strategie di *coping* e risorse di *coping*. Le strategie di *coping* individuate dai due autori sono otto e fanno riferimento alla modalità con la quale l'individuo fronteggia il problema: il confronto diretto, la pianificazione, il distanziamento, l'autocontrollo, la ricerca di sostegno sociale, l'accettazione delle responsabilità, l'evitamento e la rivalutazione positiva.

Invece, lo stile di *coping* si riferisce alla propensione stabile che il singolo soggetto ha nell'affrontare le difficoltà nella sua vita; ad esempio, esistono soggetti tendenti al superamento dei problemi e altri tendenti all'evitamento. Mentre, le risorse di *coping* indicano «tutto ciò a cui il soggetto può fare riferimento per affrontare la situazione problematica, come ad esempio le capacità personali in termini di intelligenza, creatività e flessibilità, le abilità e competenze specifiche, le risorse materiali e sociali» (De Piccoli 2007, p. 168).

Diversi autori, tra cui Horowitz (1986), Kahana, Kahana, Harel, Rosner (1988) e Pennebaker e Harber (1993) hanno tentato di sistematizzare le distinte fasi di *coping* in caso di trauma.

Horowitz (1986) ha individuato quattro fasi di *coping*: la realizzazione, il rifiuto e l'intorpidimento, il rifiuto misto a reiterazione di pensieri, emozioni e comportamenti e i processi cognitivi ed emotivi che conseguono al processo di accettazione o distorsione dell'avvenimento traumatico.

Kahana e colleghi (1988) hanno delineato due fasi di *coping*: la reazione iniziale, che potrebbe essere contraddistinta anche da rifiuto, dissociazione e/o depersonalizzazione e l'adattamento (o compromesso), che dipende però unicamente dall'abilità dell'individuo di reagire in maniera attiva.

Pennebaker e Harber (1993) hanno invece studiato tre fasi di *coping* caratteristiche delle situazioni traumatiche: l'emergenza, in cui il soggetto è in grado di parlare e riflettere riguardo al trauma; l'inibizione, momento in cui il soggetto non è più capacitato nel parlare dell'evento, ma continua a rimuginarci; infine, l'adattamento, in cui il soggetto non parla e non pensa più al trauma.

Oltre alla difficoltà nel classificare le fasi che possono caratterizzare la risposta soggettiva al trauma, è bene indicare che la differenziazione è ben delineata sul piano teorico e meno a livello

pratico. In tal senso, le fasi di *coping* sono mutevoli e difficilmente stabili in ciascun soggetto (De Piccoli, 2007).

«Una differenza sostanziale delle strategie di *coping* in situazioni di eventi traumatici rispetto a strategie prefigurate per superare eventi critici d'altra origine è che specialmente, e soprattutto, nel caso di eventi traumatici, le strategie di evitamento sono funzionali nella fase iniziale in quanto avrebbero una funzione protettiva. L'evento è così traumatico che il soggetto non ha gli strumenti, né cognitivi né emotivi, per farvi fronte» (De Piccoli 2007, p. 189). Come esplicita l'autrice, se tale strategia di evitamento viene protratta a lungo termine, diverrà anch'essa un limite alla possibilità di reagire attivamente al trauma stesso.

Inoltre, la reazione soggettiva al trauma sembra anche essere collegata alla tipologia di trauma vissuto dall'individuo. Per esempio, i soggetti sopravvissuti a traumi di tipo II tendono a utilizzare stili di *coping* e difensivi più primitivi, con maggior rischio di sviluppare personalità dissociate (Terr, 1991; Lingiardi et al., 2014).

Come evidenziato nel PDM-2 (2018), le vittime che hanno vissuto dei traumi, tendono a percepire un mutamento tra quella che era la loro vita prima del trauma e quella che è la loro vita dopo l'esperienza traumatica. «Gli scrittori e i clinici hanno descritto il trauma come un evento che distorce il tempo, che lo blocca in un punto preciso» (Lingiardi et al., 2018, p. 203). L'avvenimento traumatico influenza la vita futura delle vittime, che sperimentano un vissuto di angoscia, sopraffazione, disorientamento, terrore e insicurezza. Esistono persone che si dissociano nel momento in cui vivono il trauma e altre che utilizzano questo meccanismo successivamente per sottrarsi alle memorie dolorose (Lingiardi et al., 2018).

L'esperienza soggettiva che caratterizza la persona in seguito a un trauma può interferire con il suo normale funzionamento mentale, oltre che avere degli effetti sui propri affetti e sulle proprie relazioni interpersonali. Ciò che potrebbe verificarsi in seguito al trascorso traumatico, potrebbe incidere sugli stati affettivi del paziente, sui pattern cognitivi e sugli stati somatici (Lingiardi et al., 2018).

Il soggetto che reagisce allo *stressor* traumatico sviluppando una sintomatologia, potrebbe fare esperienza di obnubilazione, appiattimento e paralisi emotivi, senso di vuoto e apatia, depersonalizzazione, derealizzazione o al contrario vivere sentimenti non controllabili ed esplosivi (Lingiardi et al., 2018).

Horowitz (1997) e Herman (1992), hanno delineato una serie di emozioni associate al trauma psichico, tra cui ad esempio la paura e il terrore che l'esperienza traumatica si verifichi nuovamente, il timore nel definire sé stessi come vittime e prenderne consapevolezza. In più, il dolore, la tristezza, il senso di ripugnanza verso sé stessi, disperazione, vergogna, ma anche sentimenti di rabbia e collera. Oltretutto, il soggetto che sopravvive al trauma potrebbe sviluppare senso di colpa nel caso in cui altre persone che hanno vissuto la sua stessa esperienza traumatica siano morte: si tratta della cosiddetta "colpa del sopravvissuto" (Lingiardi et al., 2018).

Il soggetto tende a rivivere in maniera ripetitiva il trauma esperito, attraverso diverse modalità come *flashback*, idee, pensieri, sogni ricorrenti. «Queste alterazioni provocano un'oscillazione costante nella percezione della realtà, che può portare alla cosiddetta paranoia "realistica"» (Lingiardi et al., 2018, p. 204). Difatti, il senso di realtà e l'esame di realtà potrebbero anch'essi essere compromessi, poiché il pensiero del soggetto traumatizzato subisce delle ripercussioni. Il contenuto del pensiero può subire delle variazioni e si possono instaurare nella mente del sopravvissuto delle convinzioni radicate, per esempio legate alla credenza di essere stati traditi o che gli abusanti abbiano agito in buona fede, adattandosi al trauma (Lingiardi et al., 2018).

Ulteriori reazioni soggettive che possono variare in individui che sviluppano una sintomatologia post-traumatica fanno riferimento ad amnesie totali, parziali o ipermnesie. Nell'ultimo caso, i sopravvissuti rimuginano sulle possibili azioni che avrebbero potuto mettere in auge per sfuggire al trauma vissuto. Altri soggetti, potrebbero sviluppare delle strategie di punizione verso sé stessi e autocritica (Lingiardi et al., 2018).

3.3 Conseguenze psicopatologiche del trauma

Come descritto precedentemente, il trauma genera nella vittima un vissuto specifico, caratterizzato da svariate emozioni, possibili *flashback*, amnesie o ipermnesie (Horowitz, 1997; Herman, 1992; Lingiardi et al., 2018). Tuttavia, la sintomatologia post-traumatica è sfaccettata e fortemente differenziata, perciò non si limita unicamente a queste manifestazioni.

Di fatto, oltre al disturbo da stress post-traumatico, che verrà esaminato successivamente, l'individuo che sopravvive ad un trauma o a più traumi reiterati nel tempo, potrebbe sviluppare disturbi dissociativi, disturbi di depersonalizzazione/derealizzazione e/o disturbi dell'adattamento (Lingiardi et al., 2014; Lingiardi et al., 2018).

Anzitutto, la dissociazione si differenzia dalla rimozione di un contenuto mentale, poiché è definita come «uno stato in cui il soggetto subisce un'alterazione più o meno temporanea delle normali funzioni integrative come identità, memoria, coscienza, percezione dell'ambiente circostante» (Lingiardi et al. 2014, p. 117). Dunque, la dissociazione è alienante per il soggetto, si presenta perché il contrasto che l'individuo sta sperimentando non è solo doloroso (come succede con la rimozione), ma è a tutti gli effetti insostenibile (Bromberg 2006; Lingiardi et al., 2014). Con il termine dissociazione si intende un ampio spettro di sintomi e vissuti, tant'è che nella vita di ciascuno esistono episodi dissociativi lievi, si pensi ad esempio al sognare ad occhi aperti o al distaccarsi temporalmente dalla realtà.

Al contrario, se si sviluppa un disturbo dissociativo grave, si verifica un'interruzione delle funzioni integrative dell'Io (Lingiardi et al., 2014). Ciò che potrebbe accadere è che il soggetto si dissocia nel momento in cui sperimenta il trauma, per fuggire mentalmente da esso. Questo meccanismo risulta protettivo nel breve termine, ma disadattivo e controproducente nel lungo periodo, soprattutto nei casi di traumi cumulativi e continuativi nel tempo, si pensi ad esempio alla violenza domestica (De Piccoli, 2007; Lingiardi et al., 2014). In questi casi, la dissociazione genera «delle falle nel senso di continuità della propria identità e contribuisce a sviluppare uno stato di ipervigilanza come se un pericolo si potesse presentare da un momento all'altro» (Lingiardi et al. 2014, p. 118).

Come specificato da Bessel Van Der Kolk (2014, p. 207), nel libro *Il corpo accusa il colpo*: «la dissociazione impedisce al trauma di integrarsi all'interno dei magazzini della memoria autobiografica [...], creando un sistema di memoria duale». L'obiettivo sarebbe dunque quello di associare i ricordi frammentati, per permettere al cervello di definire ciò che è stato e ciò che è attuale, memoria traumatica e il presente.

Infine, come emerge dalla letteratura presa in esame (Lingiardi et al., 2014), i soggetti che sperimentano vissuti dissociativi, per il 98-99% dei casi, hanno subito traumi in età evolutiva. È bene includere non solo i casi di maltrattamento e violenza infantile, ma anche catastrofi naturali, guerre, malattie e/o lo sviluppo di stili di attaccamento di tipo disorganizzato.

In relazione ai disturbi dissociativi, è possibile considerare le cosiddette amnesie dissociative senza fuga e le amnesie dissociative con fuga. In primo luogo, è bene differenziare l'amnesia dissociativa da una semplice dimenticanza. Quando si tratta di dimenticanza, il soggetto ha il ricordo di aver fatto e/o detto qualcosa, ma nello specifico non ha memoria di cosa. Per contro, se l'individuo ha un'amnesia, non ha alcun tipo di ricordo. Come descritto nel PDM-2 (2018),

l'amnesia dissociativa potrebbe essere correlata a disorientamento temporale e intenso senso di inquietudine da parte del paziente che sperimenta tale vissuto.

Invece, quando si verifica un'amnesia dissociativa con fuga, il soggetto non ha più nessuna memoria autobiografica e di conseguenza risulta «disorientata sul sé, sullo spazio e sul tempo» (Lingiardi et al., 2018, p. 216).

Il disturbo di depersonalizzazione e derealizzazione può essere correlato e sviluppato anche in compresenza con un disturbo dissociativo. Come riportato nel PDM-2 (2018), nel corso degli episodi di depersonalizzazione e/o derealizzazione, l'esame di realtà non salta. Tale disturbo risulta essere raro, poiché la diagnosi è complessa e difficilmente immediata, tanto che deriva in toto da quanto riportato dal paziente in cura. Vissuti di depersonalizzazione e/o derealizzazione tendono ad essere favoriti in casi di maltrattamento e/o negligenza emotiva. Difatti, questo disturbo può anche svilupparsi senza che il soggetto abbia vissuto avvenimenti traumatici significativi (Lingiardi et al., 2018).

Come scrive Van der Kolk (2014), le persone che hanno subito un trauma si percepiscono lontane dal proprio corpo, ma come è possibile descrivere un'esperienza tanto complicata come la depersonalizzazione? Paul Schilder ha scritto che «per le persone depersonalizzate il mondo appare strano, particolare, estraneo, onirico. Gli oggetti si percepiscono, talvolta, di dimensioni stranamente ridotte e, talvolta, privi di spessore. I suoni sembrano provenire da lontano. Le emozioni, dal canto loro, subiscono una marcata alterazione. I pazienti si lamentano di non essere in grado di vivere né il dolore né il piacere. E di essere diventati estranei a sé stessi.» (Schilder, 1996, p.120).

Quando si parla di depersonalizzazione e/o derealizzazione, si fa riferimento alla perdita di contatto con sé stessi, con il proprio corpo e/o con la realtà circostante, in particolare nelle ore di veglia, ma esistono anche pazienti che sperimentano vissuti analoghi nei sogni. La sintomatologia varia e può comprendere la perdita di percezione del proprio corpo o in maniera parziale o in maniera totale, l'impressione che la propria testa sia piena, che il corpo non sia di chi lo abita, vertigini, distorsioni visive, ma anche sintomi ansiosi e/o depressivi come per esempio nodo alla gola, dolore allo stomaco e/o al petto e/o muscolatura tesa (Lingiardi et al., 2018; Van der Kolk, 2014).

Solitamente, come spiegato nel PDM-2 (2018), la derealizzazione si verifica insieme alla depersonalizzazione e non viceversa, tant'è che viene considerata un aggravamento del disturbo

di depersonalizzazione. La derealizzazione è contrassegnata dalla sensazione che l'ambiente esterno non sia reale.

In aggiunta, i disturbi dell'adattamento sono ulteriori quadri psicopatologici che il soggetto traumatizzato potrebbe sviluppare. I disturbi dell'adattamento comprendono una sintomatologia ampia, caratterizzata ad esempio da disturbi dell'umore come depressione e/o ansia, così come disturbi della condotta. In questo caso si tratta di una sintomatologia che si sviluppa posteriormente ad un evento stressante e/o traumatico per l'individuo, ma che permane meno di sei mesi e appare entro i tre mesi dall'evento/dagli avvenimenti scatenanti (Lingiardi et al., 2014).

Nel caso in cui si verificano dei disturbi dell'adattamento, la reazione che la persona ha di fronte allo *stressor* traumatico risulta essere mal adattiva e i sintomi che ne conseguono risultano essere smodati. La compromissione riguarda l'intera area personale e relazionale del soggetto, si pensi ad esempio alla vita lavorativa e/o scolastica. Anche in questo caso, non bisogna osservare solamente l'entità e le caratteristiche dell'esperienza stressante, ma anche le caratteristiche individuali del soggetto (Lingiardi et al., 2014).

Nel DSM-5 (2013), sono state classificate sei categorie del disturbo dell'adattamento: con umore depresso, con ansia, con ansia e umore depresso misti, con alterazione della condotta, con alterazione mista dell'emotività e della condotta e non specificati.

3.4 Disturbo da stress post-traumatico e *intimate partner violence*

I primi studi riguardanti le conseguenze che le situazioni gravemente stressanti possono avere sugli individui hanno avuto inizio nel Novecento, nel periodo della Prima guerra mondiale. All'epoca non si parlava ancora di disturbo da stress post-traumatico, tant'è che le diagnosi effettuate ai soldati reduci dai combattimenti erano diagnosi di *mental breakdown*. Lo stesso effetto che il primo conflitto ebbe sui militari si verificò allo stesso modo durante la Seconda guerra mondiale. Fu in questo frangente che l'espressione *shell shock*, ovvero shock da proiettile, venne coniata. Lo *shell shock* veniva diagnosticato ai combattenti che erano stati esposti per molto tempo ai bombardamenti. Ad alcuni soldati, venne diagnosticata la nevrosi da guerra, tipica in soggetti in cui i sintomi psichiatrici si protraevano anche in seguito agli scontri (De Piccoli, 2007).

Fu durante la guerra in Vietnam che si scoprì come l'esito della guerra potesse avere effetti a lungo termine sui combattenti, molti dei quali manifestavano una sintomatologia post-traumatica anche a distanza di decenni. Tali effetti non vennero riscontrati solo nei soldati, ma anche nei civili (De Piccoli, 2007).

La prima definizione di disturbo da stress post-traumatico risale al 1980, l'anno in cui venne pubblicata la terza edizione del DSM. Lo studio di questo disturbo è stato innovativo, poiché ha cercato di comprendere a fondo come un avvenimento esterno potesse influire sulla psiche delle persone. In effetti, la sintomatologia post-traumatica è collegabile a manifestazioni esogene; in questo senso, il disturbo da stress post-traumatico dipende sia dalle caratteristiche del singolo sia dall'episodio/gli episodi scatenanti. Proprio per questo il disturbo da stress post-traumatico «non può essere scisso dal particolare evento da cui scaturisce e dal particolare contesto storico e ontogenico in cui si colloca» (De Piccoli 2007, p.178).

La prevalenza del disturbo da stress post-traumatico nella popolazione è differenziata: se si pensa alla popolazione generale, esso incide circa per l'1-25% dei casi; ma se si pensa ad esempio ai soldati reduci da una guerra, la percentuale aumenta fino ad arrivare al 20-40% degli individui (Ricciardi, 2002). Come descritto in precedenza, la possibilità di sviluppare una sintomatologia post-traumatica dipende anche dalla storia psichiatrica pregressa, dalle proprie esperienze di vita passata, dal temperamento, dall'età e dal genere, così come dalla resilienza della persona, dal luogo e dalla durata dell'evento/eventi traumatici. Ciò spiega come due individui di fronte al medesimo *stressor* traumatico possano reagire in maniera opposta (Gradus, 2007; Lingiardi et al., 2018).

Di conseguenza, come delineato nel PDM-2 (2018), l'impatto che tale disturbo può avere sulla vita del soggetto varia, tant'è che l'esordio può differenziarsi, così come il decorso e la gravità oggettiva del disturbo, che può essere limitata o tormentante per il paziente.

L'implicazione che il disturbo da stress post-traumatico ha sulla vittima è caratterizzata da svariati sintomi come, ad esempio, ricordi intrusivi dell'esperienza traumatizzante, problemi legati alla regolazione emotiva, comportamenti evitanti e/o iper-vigilanti (Neuner, 2022).

L'individuo traumatizzato tende a sviluppare ricordi intrusivi legati al trauma/ai traumi sperimentati. Tali memorie possono essere associate ai momenti peggiori dell'evento traumatico e/o ai momenti antecedenti ad esso. Non si tratta solo di informazioni visive ricordate dalla vittima, ma anche ricordi olfattivi, sensoriali e/o uditivi. Spesso l'individuo teme che l'accaduto si ripresenti, per questo potrebbe sviluppare atteggiamenti di iper-vigilanza.

Difatti, la percezione di stimoli che ricordano il trauma fa sì che il cervello riattivi le memorie traumatiche (Neuner, 2022).

Inoltre, come spiegato da Horowitz (1997) e Herman (1992), l'impatto che il trauma può avere sugli stati affettivi ed emotivi della persona non è trascurabile. La capacità di modulare la propria risposta e i propri impulsi emotivi ed affettivi, in soggetti traumatizzati, viene compromessa. Questo si verifica non solo perché l'individuo traumatizzato ha risposte mal adattive agli *stressor* traumatici, ma anche perché presenta emozioni più intense da gestire (Neuner, 2022).

In più, la vittima di trauma tende a sviluppare dei comportamenti evitanti, poiché prova con le sue risorse a impedire *flashback*, ricordi intrusivi e/o situazioni che potrebbero innescare le sue memorie traumatiche (Lingiardi et al., 2018; Neuner, 2022).

Anche le vittime di stupro e/o *intimate partner violence* potrebbero sviluppare una sintomatologia post-traumatica da stress, in relazione alle conseguenze che gli abusi lasciano sul loro corpo e sulla loro psiche. Difatti, «il trauma interessa l'intero organismo umano: corpo, mente e cervello. Nel PTSD il corpo continua a difendersi da una minaccia che appartiene al passato» (Van der Kolk 2014, p. 61).

In proposito, come definito da Lenore E.A. Walker (2009), i sintomi delle vittime di *intimate partner violence* corrispondono in parte ai sintomi del disturbo da stress post-traumatico: ricordi intrusivi dei traumi, iper-vigilanza e ansia, comportamenti evitanti e intorpidimento emotivo, spesso associato a depressione, dissociazione, minimizzazione, repressione e negazione. Relazioni interpersonali interrotte da parte del maltrattante, a cui consegue un possibile isolamento sociale per via delle sue strategie di potere manipolatorie e controllanti. Percezione distorta della propria immagine corporea, sofferenza fisica e/o somatica. Problemi legati alla propria sessualità intima.

Gli studi hanno dimostrato come donne maltrattate dal proprio partner abbiano una maggiore probabilità di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico rispetto a gruppi di donne non abusate. La percentuale di donne che sviluppano un disturbo da stress post-traumatico in circostanze di *intimate partner violence* è circa del 64%, con una sintomatologia che perdura anche dopo la fine della relazione maltrattante (Woods, 2000a, 2000b; Woods, 2005; Pico-Alfonso, 2005).

In particolare, la vulnerabilità delle vittime è maggiore quando si tratta di traumi cumulativi perpetrati dal partner. Inoltre, la presenza di violenza psicologica in condizioni di *intimate partner violence* è risultata predittiva per lo sviluppo di una sintomatologia post-traumatica nella vittima (Pico-Alfonso, 2005).

Sebbene il disturbo da stress post-traumatico rappresenti un quadro tristemente rilevante in vittime di *intimate partner violence*, non costituisce l'unica conseguenza. Difatti, la vittima potrebbe anche sviluppare depressione, ansia, disturbi del sonno, disturbi del comportamento alimentare, idee suicidarie, problematiche sociali e/o dipendenze da alcol e/o sostanze (Pico-Alfonso, 2005). In particolare, sintomi depressivi e/o ansiosi sono stati riscontrati in donne aventi subito esperienze traumatiche dovute a maltrattamenti psicologici e/o abusi sessuali in circostanze di *intimate partner violence* e *intimate partner sexual violence*. È infatti emerso da una ricerca condotta da Niaz, Hassan e Tariq (2002), che circa il 60% delle donne partecipanti avesse sviluppato sintomi depressivi e il 65% delle donne partecipanti avesse sviluppato sintomi ansiosi.

Inoltre, la probabilità di sviluppare un disturbo aumenta nelle donne che vengono abusate sia psicologicamente sia sessualmente che fisicamente. Le molestie sessuali aumentano il rischio di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico, a prescindere dalla storia pregressa della vittima (Pico-Alfonso, 2005; Stockdale, Logan & Weston, 2009).

Il disturbo da stress post-traumatico, oltre ad avere delle conseguenze fisiche e psicologiche, ha anche delle influenze sul cervello delle donne vittime di *intimate partner violence*, anche nelle fasi di elaborazione del trauma (Van der Kolk, 2014).

È stato studiato grazie alle tecniche di *neuroimaging*, come di fronte ad uno stimolo *triggerante*, che riporta il soggetto con la mente all'episodio traumatico, si verifichi un'attivazione notevole dell'area limbica e della corteccia visiva; al contrario, l'area deputata alla produzione verbale si presenta disattivata. Di fatto, quando si provano forti emozioni è proprio la parte del cervello emotivo ad attivarsi maggiormente, nello specifico il sistema limbico e al suo interno l'amigdala. Come spiegato da Van der Kolk (2014, p. 51), «è compito dell'amigdala avvisarci di un pericolo imminente o attivare una risposta somatica allo stress [...] l'attivazione di quest'area della paura dà il via a una cascata di ormoni dello stress e di impulsi nervosi, che innalzano la pressione sanguigna, il battito cardiaco e l'immissione d'ossigeno, preparando il corpo all'attacco/fuga». Tale specifica attivazione dell'amigdala di fronte allo stimolo

triggerante, può manifestarsi anche decenni dopo l'evento traumatico, ad esempio quando la vittima del trauma ricorda delle informazioni legate al suo vissuto.

In aggiunta, in soggetti aventi un disturbo da stress post-traumatico, la compensazione che esiste tra amigdala e lobi frontali si modifica. Ci sarà una maggiore attivazione delle aree sottocorticali legate alle emozioni e una ridotta funzionalità della corteccia prefrontale mediale, deputata alla pianificazione, inibizione, anticipazione, comprensione empatica e percezione del tempo e dell'ambiente.

In pratica, sono le configurazioni del cervello emotivo che definiscono se ciò che percepiamo è minaccioso o sicuro. L'analisi dello stimolo può perseguire due vie: *top-down* o *bottom-up*. La procedura *top-down* migliora la funzionalità della corteccia prefrontale mediale nel controllo delle informazioni fisiche; mentre la procedura *bottom-up* ricalibra il sistema nervoso autonomo (Van der Kolk, 2014).

In più, in donne vittime di *intimate partner violence* si verifica una maggiore attivazione dell'insula anteriore e centrale destra. Tale attivazione si manifesta in tutti gli individui nel momento in cui vengono mostrate immagini negative durante le risonanze magnetiche funzionali; tuttavia, tale attivazione risulta anticipatoria in donne maltrattate vittime di *intimate partner violence* che hanno sviluppato un disturbo da stress post-traumatico (Simmons, Paulus, Thorp, Matthews, Norman & Stein, 2008).

3.5 Disturbo da stress post-traumatico a confronto tra DSM-5 e PDM-2

Nel DSM-5 (2013), il disturbo da stress post-traumatico è caratterizzato dai seguenti criteri diagnostici: il criterio A, B e C.

Il criterio A corrisponde al fatto che la persona vittima dell'evento traumatizzante deve aver vissuto, assistito o essersi confrontata con uno o più avvenimenti che hanno comportato la morte, la minaccia di morte, delle gravi lesioni e/o una minaccia alla propria integrità fisica o di terze persone. Inoltre, il vissuto della vittima traumatizzata dovrebbe includere forte paura, orrore e senso di impotenza.

Il criterio B corrisponde al fatto che la situazione traumatica è ripercorsa continuamente dalla vittima in una o più maniere, qui di seguito elencate:

- Ricordi intrusivi, spiacevoli e frequenti dell'evento, ad esempio attraverso immagini, percezioni o pensieri.
- Sogni riguardanti il trauma/i traumi.
- Comportarsi e/o percepire come se l'esperienza traumatizzante si stesse ripresentando, per esempio attraverso sensazioni, processi dissociativi, allucinazioni e/o *flashback*, sia al risveglio sia in condizioni di intossicazione.
- Profondo disagio psicologico della vittima di fronte a stimoli scatenanti interni/esterni, che rammentano l'episodio e/o gli episodi traumatici.
- Reattività fisiologica e/o esposizione a elementi interni/esterni che rappresentano e/o rammentano l'avvenimento traumatizzante.

Infine, il criterio C si collega all'atteggiamento di evitamento che caratterizza la vittima dell'evento traumatico. Di fatto, l'individuo evita in modo continuo gli stimoli correlati al trauma/ai traumi vissuti. Inoltre, vi è una diminuzione della reattività del soggetto (non presente prima dell'evento), individuabile in tre o più di tre dei seguenti aspetti:

- Tentativi per eludere pensieri, discussioni e/o percezioni collegate al trauma.
- Tentativi nell'evitare contesti, individui e/o operazioni che ricordano l'avvenimento traumatizzante.
- Impossibilità nel ricordare alcuni elementi relativi all'esperienza traumatica.
- Diminuzione degli interessi e/o della partecipazione ad attività importanti per il soggetto.
- Sensazioni di lontananza e/o stranezza verso le altre persone.
- Riduzione dell'affettività.
- Riduzione delle prospettive future.

In questo modo, rispetto alle edizioni precedenti, non sono state scartate le manifestazioni meno visibili del disturbo da stress post-traumatico; difatti, nel DSM-IV venivano considerate solamente la paura, l'orrore e il sentimento di impotenza (Lingiardi et al., 2014).

Come spiegato nei paragrafi precedenti, anche le donne vittime di abuso potrebbero sviluppare un disturbo da stress post-traumatico. Nello specifico, le donne vittime di *intimate partner violence* nel mondo sono circa il 35%, come riportato dall'organizzazione mondiale della sanità nel 2013. Le conseguenze psicopatologiche che l'*intimate partner violence* ha sulle donne che ne sono vittime, non sempre sono riconducibili alla definizione di disturbo da stress post-traumatico così come descritto nel DSM-5. La diagnosi di tale disturbo è importante per la

vittima di maltrattamento, poiché ha in sé un potere non trascurabile, «è un atto di responsabilità verso il paziente e verso il mondo in cui vive» (Patti & Vassalli, 2015, p. 9).

Se nella quarta edizione del DSM il PTSD era inserito all'interno dei disturbi d'ansia, nel DSM-5 (2013) è stata creata la sezione riguardante i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti. Per fare diagnosi, è necessario riscontrare quale sia l'evento esogeno scatenante. Questo passaggio è risultato necessario, per escludere l'aspetto stigmatizzante della diagnosi, che avrebbe potuto influire sulla colpevolizzazione della vittima. In tale modo, esplicitando il fattore scatenante del trauma, non ci si focalizza solo sul funzionamento del paziente, ma anche su cosa ha indotto nel paziente tale sofferenza (Lingiardi et al., 2014).

Come è stato spiegato da diversi autori (Woods, 2005; Pico-Alfonso, 2005; Van der Kolk, 2014), la sintomatologia post-traumatica può perdurare e influire sulla vita della persona anche per decenni. Tale elemento è trascurato dal DSM-5, che non tiene conto degli effetti a lungo termine del disturbo da stress post-traumatico. Inoltre, nel DSM-5 vengono trascurati anche gli elementi diagnostici funzionali alla diagnosi di altri disturbi post-traumatici non associabili al PTSD, come ad esempio il disturbo post-traumatico complesso o il disturbo da stress estremo non altrimenti specificato (Lingiardi et al., 2014).

Nel PDM-2 (2018), il disturbo da stress post-traumatico è definito come uno dei possibili quadri psicopatologici che si possono verificare in seguito ad esperienze traumatiche, ma non l'unico. In effetti, meno del 40% dei soggetti traumatizzati riceve tale diagnosi. È proprio per questo che nel PDM-2 vengono profondamente analizzati anche altri disturbi post-traumatici, come ad esempio i disturbi dissociativi e il disturbo da stress post-traumatico complesso; quest'ultimo non è preso in esame nel DSM-5.

Il PDM-2 (2018) mette in evidenza svariati aspetti che possono caratterizzare il disturbo da stress post-traumatico, come ad esempio i sintomi soggettivi, l'evitamento, gli stati affettivi, i pattern cognitivi, i pattern relazionali e gli stati somatici.

Come nel DSM-5 (2013), anche nel PDM-2 (2018) vengono considerati i ricordi intrusivi, i *flashback*, gli incubi, l'appiattimento emotivo e affettivo, l'amnesia, le emozioni negative, l'anedonia e/o le aspettative pessimistiche. Inoltre, vengono inclusi anche lo stato di ipervigilanza, la rabbia e/o l'irritabilità. Tutti questi sintomi, non sono per forza tutti ugualmente presenti nel paziente, ma potrebbero alternarsi. Il paziente fa esperienza di perdita di controllo e ricomparsa del trauma già vissuto.

Nel PDM-2 (2018), per spiegare il criterio C del DSM-5 (2013), viene dimostrato come la vittima del trauma/dei traumi, mette in atto delle azioni per evitare attivamente gli elementi *triggeranti*, si pensi ad esempio al tentativo di prevenire *flashback* e memorie traumatiche. Questo processo potrebbe peggiorare il quadro post-traumatico complessivo del paziente, tanto da poter sviluppare fobie particolari collegate ad alcuni elementi del trauma. In relazione all'evitamento, nel PDM-2 (2018) viene spiegata anche la possibile comorbilità tra PTSD e dipendenze da alcol e/o sostanze. In questo caso le sostanze vengono usate come mezzo di evitamento per ricordi traumatici e/o *flashback*.

In aggiunta, nei pazienti aventi un disturbo post-traumatico da stress, vi è la possibilità che si manifesti una modificazione nella percezione della realtà concreta, tanto da poter influire sull'esame di realtà. Inoltre, potrebbero svilupparsi amnesie e/o la totale impossibilità cognitiva da parte del soggetto di parlare e/o pensare all'esperienza traumatica. Come definito da Lingiardi e McWilliams nel PDM-2 (2018, p. 205): «l'ampia compromissione delle principali funzioni dell'Io, del senso di realtà, del giudizio, delle difese e dell'organizzazione/integrazione della memoria può portare a disturbi del sé. Si osserva una tendenza a una diminuzione della capacità di integrare le esperienze, così come una discontinuità del sé e dell'esperienza personale».

Per quanto riguarda gli stati somatici, il PDM-2 (2018) include l'ansia, l'irritabilità, ma anche i disturbi del sonno, l'aumento dell'*arousal*, gli incubi e/o le dipendenze comportamentali, come per esempio l'autolesionismo. Anche le lesioni fisiche generano spesso sentimenti di ira, si pensi ad esempio alle malattie sessualmente trasmissibili e/o l'infertilità in seguito allo stupro perpetrato da un possibile partner intimo ai danni della vittima. In questo caso, i sentimenti di rabbia potrebbero riguardare l'origine del trauma stesso, ma anche «l'essere stati traumatizzati, il che ha come esito un sentimento negativo rispetto all'identità personale e un sentimento di ripugnanza verso sé stessi» (Lingiardi et al. 2018, p. 204).

Infine, per quanto riguarda i pattern relazionali è possibile integrare la difficoltà nel relazionarsi con terze persone, legata al vissuto di sfiducia, insicurezza, alienazione, isolamento e/o paura conseguenti al trauma. Tant'è che il paziente potrebbe avere difficoltà a interagire e sviluppare relazioni interpersonali profonde e intime anche nel lungo periodo post-traumatico. In aggiunta, non è raro il senso di vergogna sperimentato dalla vittima, così come l'isolamento sociale assoluto.

Conclusioni

Al termine di questo elaborato è possibile affermare che la violenza di genere può manifestarsi in diversi contesti e in diverse forme. Sebbene non si tratti infatti spesso solo di violenza fisica e/o sessuale, in quanto può configurarsi anche in modo più “sottile” e subdolo come nel caso del *catcalling* o dello *stealth*, è pur sempre violenza, facente parte spesso di una cultura normalizzante e giustificante. Al tempo stesso, è possibile comprendere come questo fenomeno sia ampiamente sfaccettato e complesso, difficilmente riassumibile in poche definizioni. Se è vero che la violenza di genere e l'*intimate partner violence* possano associarsi a specifici quadri psicopatologici, come dimostrato dalle numerose ricerche e dalla letteratura corrente, non è più accettabile trascurare le radici socioculturali che supportano e normalizzano tali abusi. Come è stato descritto, uno dei fattori di rischio per lo sviluppo di una relazione maltrattante ai danni della vittima è una divisione ineguale dei ruoli in base al genere, così come una suddivisione sbilanciata del potere all'interno della diade.

Da secoli l'uomo cerca di manifestare la propria superiorità attraverso il potere che possiede; questo si verifica spesso e soprattutto in gruppo, quando la mascolinità performativa si palesa nella sua totale potenza. Quando una vittima viene stuprata e picchiata, ciò che accade non è solo un atto di abuso come agito distaccato, la vittima viene annullata nella sua interezza in quanto donna, poiché in quanto tale deve essere controllata e deve essere deumanizzata: è un corpo da usare non tanto per il soddisfacimento sessuale, quanto per affermare il proprio potere.

In una dinamica violenta, ben instaurata nel tessuto sociale, in cui è la vittima ad essere colpevolizzata e deumanizzata, non solo dall'abusante ma anche dai media, il primo obiettivo da perseguire al fine di sensibilizzare la cultura sociale verso questo tema è imparare a umanizzare e responsabilizzare il carnefice. Non esistono mostri, branchi e bestie, esistono uomini, umani che abusano e maltrattano altri umani, in questo caso le donne. L'ultimo avvenimento riguardante lo stupro avvenuto a Palermo da parte dei sette giovani ragazzi ai danni della vittima diciannovenne può far riflettere: la violenza di genere, in questo caso sessuale, fisica e psicologica, è stata commessa da soggetti giovanissimi, cresciuti subendo l'influenza della cultura dello stupro. In quanto tali, pur conoscendo la vittima, non hanno esitato a commettere un abuso di gruppo, incuranti delle proprie azioni e delle conseguenze che una violenza possa avere sul corpo e sulla psiche della vittima. Per questo motivo, sulla base della letteratura analizzata in questo elaborato (Degue et al., 2014; Banyard, 2013), sarebbe importante in termini preventivi agire con specifici interventi dedicati all'educazione sessuale

e affettiva all'interno delle scuole e delle famiglie, fin dall'infanzia e dall'adolescenza. Questo approccio risulterebbe preventivo in quanto capace di contribuire a costruire una *forma mentis* in grado di aiutare i giovani ad essere maggiormente consapevoli riguardo a tematiche così complesse, quali ad esempio il consenso e le pratiche sessuali sicure.

Trattandosi dunque di un tema culturale e sociale, il problema non dovrebbe riguardare solo le donne, ma anche e soprattutto gli uomini: come specificato nell'elaborato, le violenze di genere non sono solamente un problema riguardante le *survivors*, ma anche gli *abusers*. Infine, sarebbe interessante se la ricerca futura si impegnasse a comprendere la correlazione tra i possibili disturbi psicopatologici nei soggetti abusanti e la cultura dello stupro nella quale viviamo. In tal modo si potrebbe comprendere se l'*intimate partner violence* può essere considerato un fenomeno effettivamente aggravato anche dalla cultura dello stupro nella quale il soggetto con psicopatologia è cresciuto.

Bibliografia

- Ainsworth, M.D.S. (1972). *Attachment and dependency: A comparison*. In Gewirtz J.L., op.cit.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Erlbaum, Hillsdale, NJ.
- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione. DSM-5*. Raffaello Cortina Editore.
- Anderson, D. K., & Saunders, D. G. (2003). Leaving an abusive partner: an Empirical Review of Predictors, the Process of Leaving, and Psychological Well-Being. *Trauma, Violence & Abuse, 4*(2), 163–191.
- Argentero, P.G., & Cortese, C.G. (2018). *Psicologia delle organizzazioni*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Attridge, M. (2013). Jealousy and relationship closeness: Exploring the good (reactive) and bad (suspicious) sides of romantic jealousy. *SAGE Open 3*(1).
- Bagilhole, B., & Cross, S. (2006). It never struck me as a female: investigating men's entry into female-dominated occupations. *Journal of Gender Studies, 15*, pp. 35-48.
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate Partner Sexual Violence: A Review of Terms, Definitions, and Prevalence. *Trauma, Violence & Abuse, 16*(3), 316–335.
- Banyard, V.L. (2013). Go big or go home: reaching for a more integrated view of violence prevention. *Psychology of Violence, 3*(2), 115-120.
- Barbieri, C., & Luzzago, A. (2007). La relazione nelle coppie perverse come matrice di violenza coniugale: considerazioni criminologiche su una casistica. *Rassegna Italiana di Criminologia, 1*, 81–93.
- Bartholomew, K. (1993). From childhood to adult relationships: Attachment theory and research. In S. Duck (Ed.), *Understanding relationship processes series, Vol. 2. Learning about relationships (pp. 30-62)*. Thousand.
- Basile, K. C. (2002a). Prevalence of wife rape and other intimate partner sexual coercion in a nationally representative sample of women. *Violence and Victims, 17*, 511–524.

- Basile, K. C., & Saltzman, L. E. (2002b). Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. Atlanta, GA: *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*.
- Belfrage, H., & Strand, S. (2008). Structured spousal violence risk assessment: combining risk factors and victim vulnerability factors. *International Journal of Forensic Mental Health, 7*, 39–46.
- Bennice, J. A., & Resick, P. A. (2003a). Marital rape: History, research, and practice. *Trauma, Violence, & Abuse, 4*, 228–246.
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., & Astin, M. (2003b). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder. *Violence and Victims, 18*, 87–94.
- Bergen, R. K., & Bukovec, P. (2006). Men and intimate partner rape: Characteristics of men who sexually abuse their partner. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 1375–1384.
- Berk, R.A., Berk, S.F., Loeske, D., & Rauma, D. (1983). Mutual combat and other family violence myths. In D. Finkelhor, R. Gelles, C. Hotaling, & M. Straus (Eds.), *The dark side of families*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Berry, S. (2013). Addicted to love. *Sydney Morning Herald*. Accessed at: <http://www.smh.com.au/lifestyle/life/addicted-to-love-20130401-2h2bz.html>.
- Biancofiore, M., Grattagliano, I., & Catanesi, R. (2020). Teen dating violence: aspetti criminologici. Una review di letteratura. *Rassegna Italiana di Criminologia, 1*, 49–63.
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T., & Stevens, M. R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*.
- Blum, K., Chen, L. C., Giordano, J., Borsten, J., Chen, T.J.H., Hauser, M., Simpatico, T., Femino, J., Braverman, E.R., & Barh, D. (2012). The addictive brain: all roads lead to dopamine. *Journal of Psychoactive Drugs, 44*(2):134–143.
- Bonanno, G.A. (2004), “Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?”. In *American Psychologist, 59, 1*, pp. 20-28.

- Bonechi, A., & Tani, F. (2011). Le ferite invisibili: l'abuso psicologico nelle relazioni di coppia, in *"Psicologia clinica dello sviluppo, Rivista quadrimestrale"* 3/2011, pp. 491-524. Boringhieri, 1982.
- Bonino, S. (2015). *Amori molesti: natura e cultura nella violenza di coppia*. Editori Laterza, Bari.
- Bourke, J. (2009). *Stupro. Storia della violenza sessuale*. Laterza, Bari.
- Bowlby J. (1973). *Attaccamento e perdita*. Vol. 2, La separazione dalla madre. Torino, Bollati
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1989.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P.R. (1998). Self-Report Measurement of Adult Attachment: An Integrative Overview. In J.A. Simpson, e W.S. Rholes (a cura di), *Attachment theory and close relationships*, (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Broach, J. L., & Petetric, P. A. (2006). Beyond traditional definitions of assault: Expanding our focus to include sexually coercive experiences. *Journal of Family Violence*, 21, 477–486.
- Bromberg, P.M. (2006). *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2009.
- Buchwald, E., Fletcher, P., & Roth, M. (1993). *Transforming a Rape Culture*. Minneapolis: Milkweed Editions.
- Butchart, A., Garcia-Moreno, C., & Mikton, C. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Ginevra: *World Health Organization*.
- Caccico, L. (2019). Dipendenza affettiva. *Istituto Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva (IPSICO)*. <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/dipendenza-affettiva/>.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Violence Against Women II, The Lancet*, 359, 1331–1336.
- Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C. R., Campbell, D. W., Curry, M. A., & Laughon, K. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multi-site case control study. *American Journal of Public Health*, 93, 1089–1097.
- Carli, L. (1995). *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano: Raffaello Cortina Editore. L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento.

- Castellano, R., Velotti, P., & Zavattini, G.C. (2013). *What makes us stay together? Attachment and the outcomes of couple relationship*. Karnac Book, London.
- Cerrato, D. (2011). La cultura dello stupro: miti antichi e violenza moderna. *Epistemología feminista: mujeres e identidad*, 432-449.
- Choi, A. W., Lo, B. C., Wong, J. Y., Lo, R. T., Chau, P. C., Wong, J. K., Lau, C. L., & Kam, C. W. (2019). Clinical features of heterosexual intimate partner violence victims with escalating injury severity. *Journal of Interpersonal Violence*, 886260519850539.
- Clulow, C. (2003). *Attaccamento adulto e psicoterapia di coppia*. Roma, Borla.
- Crane, A. C., Hawes, S. W., Devine, S., & Easton, C. J. (2014a). Axis I psychopathology and the perpetration of intimate partner violence. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(3), 238-247.
- Crane, C. A., Oberleitner, L. M. S., Devine, S., & Easton, C. J. (2014b). Substance use disorders and intimate partner violence perpetration among male and female offenders. *Psychology of Violence*, 4(3), 322–333.
- D'Urso, V. (1995). *Otello e la mela: Psicologia della gelosia e dell'invidia*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Daly, M. & Wilson, M. (1988). *Homicide*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Danna, D. (2007). *Ginocidio. La violenza contro le donne nell'era globale*. Elèuthera.
- De Piccoli, N. (2007). *Individui e contesti in psicologia di comunità*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Declerq, F., MegUeneunranck, R., Deheegher, J., Van Hoorde, H. (2011). Frequency of and subjective response to critical incidents in the prediction of PTSD in emergency personnel. *Journal of Traumatic Stress* 24, 133–136.
- DeGue, S., & DiLillo, D. (2005). You would if you loved me: Toward an improved conceptual and etiological understanding of nonphysical male sexual coercion. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 513–532.
- DeGue, S., Valle, L.A., Holt, M.K., Massetti, G.M., Matjasko, J.L., & Tharp, A.T. (2014). A systematic review of primary prevention strategies for sexual violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior*, 19(4), 346-362.

- DeJong, C., Pizarro, J. M., & McGarrell, E. F. (2011). Can situational and structural factors differentiate between intimate partner and “other” homicide? *Journal of Family Violence, 26*, 365–376.
- DeVries, M.W. (2004). Aspetti culturali del trauma, in Van Der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (a cura di), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*. Magi, Roma.
- Dijkstra, P., Barelds, D. P. H., & Groothof, H. A. K. (2010). An inventory and update of jealousy-evoking partner behaviours in modern society. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 329-345.
- Dutton, D. G., & Painter, S. L. (1981). Traumatic Bonding: The Development of Emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse, *Victimology: An International Journal, 6*, 139-155.
- Dutton, D.G., & Starzomski, A.J. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims, 8(4)*, 327–337.
- E. A. Walker, L. (2009). *The battered woman syndrome, third edition*. New York, Springer Publishing Company, LLC.
- Earp, B. D., Wudarczyk, O. A., Foddy, B., & Savulescu, J. (2017). Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? *Philosophy, psychiatry, & psychology: PPP, 24(1)*, 77.
- Earp, B.D., Wudarczyk, O.A., Sandberg, A., & Savulescu, J. (2013). If I could just stop loving you: Anti-love biotechnology and the ethics of a chemical breakup. *American Journal of Bioethics. 13(11):3–17*.
- Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S., II. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International, 16*, 563–576.
- Esch, T., & Stefano, G.B. (2005). The neurobiology of love. *Neuroendocrinology Letters. 26(3):175–192*.
- Filippini, S. (2012). *Relazioni perverse. La violenza psicologica nella coppia*. Milano: Franco Angeli.

- Finkelhor, D., & Yllo, K. (1985). *License to rape: Sexual abuse of wives*. New York, NY: Holt, Rinehart, & Winston.
- Fisher, J., & Crandell, L. (2001). *I modelli di relazione nella coppia*.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Manual for the ways of coping questionnaire, *Consulting Psychology Press*, Palo Alto.
- Foran, H., & O' Leary K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222-1234.
- Fossos, N., Neighbors, C., Kaysen, D., & Hove, M. C. (2007). Intimate Partner Violence Perpetration and Problem Drinking Among College Students: The Roles of Expectancies and Subjective Evaluations of Alcohol Aggression. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(5), 706-713.
- Frisch, M., & MacKenzie, C. (1991). A comparison of formerly and chronically battered women on cognitive and situational dimensions. *Psychotherapy*, 28(2), 339-344.
- Galli, M. (2019). Famiglia e trauma. *La notte stellata. Rivista di psicologia e psicoterapia*, 1-23.
- Garcia-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stockl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: *World Health Organization*.
- Gass, Zemon, G., & Nichols, W.C. (1988). Gaslighting: A marital syndrome. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 10(1), 3-16.
- Giglio, F. (2020). Trauma, ripetizione e cambiamento, in "*Frontiere della psicoanalisi*" pp. 41-51.
- Gino, S., Freilone, F., Biondi, E., Ceccarelli, D., Veggi, S., & Zara, G. (2019). Dall'Intimate Partner Violence al femminicidio: relazioni che uccidono. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 129-146.
- Gneezy, U., Leonard, K. L., & List, J. A. (2009). Gender differences in competition: Evidence from a matrilineal and a patriarchal society. *Econometrica*, 77(5), 1637-1664.
- Gradus, J. L. (2007). Epidemiology of PTSD. *National Center for PTSD (United States Department of Veterans Affairs)*.

- Grappolini, C., & Luberti, R. (2017). *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli: Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*. Erickson.
- Hamby, S.L. (1996). The Dominance Scale: Preliminary psychometric properties. *Violence and Victims, 11* (3), 199-212.
- Hazan, C., e Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 28*(3) 511-524.
- Herman, J.L. (1992). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Tr. It. Roma: Magi 2005.
- Hilton, N. Z., & Eke, A. W. (2016). Non-Specialization of criminal careers among intimate partner violence offenders. *Criminal Justice and Behavior, 10*, 1347-1363.
- Hirigoyen, M. F. (1998). *Molestie morali*. Parigi: La Découverte et Syros.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes, 2nd edition*, Jason Aronson, New York.
- Horowitz, M.J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief and adjustment disorders (3rd ed.)*. Lanham, MD: Aronson.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire, Consulting Psychology Press*, Palo Alto.
- Hudson, W. W. (1992). Partner abuse scale, Physical [Physical Victimization Scales]. In M. P. Thompson, K. C. Basile, M. F. Hertz, & D.
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family, 43*, 873–888.
- Jordan, C. E. (2007). The health implications of violence against women: Untangling the complexities of acute and chronic effects: A two-part special issue. *Trauma, Violence, and Abuse, 8*, 87–89.
- Jung, S., & Stewart, J. (2019). Exploratory comparison between fatal and non-fatal cases of intimate partner violence. *Journal of Aggression, Conflict, & Peace Research, 11*, 158-168.
- Kahana, E., Kahana B., Harel, Z., & Rosner, T. (1988). Coping with extreme trauma, in Wilson J.P., Harel Z., Kahana B. (eds.), *Human adaptation to extreme stress: from the holocaust to vietnam*. Plenum Press, New York, pp. 55-79.

- Karen, R. (1994). *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love*. New York, NY: Oxford University Press.
- Klein, M. (1975). *The psychoanalysis of children*. New York: Free Press.
- Khan, M.M.R. (1974). *Lo spazio privato del sé*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 2002.
- Kmec, J.A. (2005). Setting occupational sex segregation in motion: demand-side explanations of sex traditional employment, in *Work and Occupations*, 32, pp. 322-354.
- Kobasa, S.C. (1979), "Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness". In *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1, pp. 1-11.
- Koss, M. P., & Oros, C. J. (1982). Sexual experiences survey: A research instrument investigating sexual aggression and victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Lebens, M.L., & Lauth, G.W. (2016) Risk and Resilience Factors of Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of Current Research. *Clin Exp Psychol* 2: 120.
- Lingiardi V., & Gazzillo F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lingiardi, V. (2021). *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*. Einaudi.
- Lingiardi, V., & McWilliams N. (2018). *PDM-2. Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Cortina, Milano.
- Livingston, J. A., Buddie, A. M., Testa, M., & VanZile-Tamsen, C. (2004). The role of sexual precedence in verbal sexual coercion. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 287–297.
- Logan, T. K., Cole, J., & Shannon, L. A. (2007). A mixed-methods examination of sexual coercion and degradation among women in violent relationships who do and do not report forced sex. *Violence and Victims*, 22, 71–94.
- Main, M., Solomon, J. (1990), "Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation". In Greenberg, M., Cicchetti, D., Cummings, M. (a cura di), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. University of Chicago Press, Chicago, pp. 95-124.

- Marks, J., Markwell, A., Randell, T., & Hughes, J. (2020). Domestic and family violence, non lethal strangulation and social work intervention in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 32, 676–678.
- Marshall, L. (1992). Development of the severity of violence against women scales. *Journal of Family Violence*, 7, 103–121.
- McCarthy, J., & Stagg D. (2020). When partners turn violent: Understanding causality and signs. *Journal of Christian Nursing*, 37, 24-31.
- McFarlane, A.C., De Girolamo, G. (2004). *Natura degli stressor traumatici ed epidemiologia delle reazioni post-traumatiche*, in Van Der Kolk, McFarlane, Weisaeth (a cura di), op. cit., pp. 137-161.
- McFarlane, J. (2007). Pregnancy following partner rape: What we know and what we need to know. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8, 127–134.
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2005). Intimate partner sexual assault against women: Frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 99–108.
- Mearns, J. (1991). Coping with a breakup: negative mood regulation expectancies and depression following the end of a romantic relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*. 60:327–334.
- Meng, X., Fleury, M. J., Xiang, Y. T., Li, M., & D’Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 53(5), 453-475. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>
- Mercy, J. A., Hillis, S. D., Butchart, A., Bellis, M. A., Ward, C. L., Fang, X., & Rosenberg, M. L. (2017). Interpersonal Violence: Global Impact and Paths to Prevention. In C. N. Mock, R. Nugent, O. Kobusingye, K. R. Smith (Eds.). *Injury Prevention and Environmental Health* (pp. 71-96). Washington, DC: *World Bank Group*.
- Mikulincer M. (2006). Attachment, caregiving, and sex within romantic relationships: A behavioural systems perspective. In Mikulincer M. e Goodman G.S., *Attachment, caregiving, and sex*. New York, The Guilford Press.

- Mikulincer M., Goodman G.S. (2006). Dynamics of Romantic Love. Attachment, caregiving and sex. New York-London, The Guilford Press.
- Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate Partner Violence. *The New England Journal of Medicine*, 380, 850-857.
- Miller, E., Decker, M. R., McCauley, H. L., Tandredi, D. J., Levenson, R. R., Walman, P. S., & Silverman, J. G. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *Contraception*, 81, 316–322.
- Morgan, L., Scourfield, J., Williams, D., Jasper, A., & Lewis, G. (2003). The aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *British Journal of Psychiatry*, 182, pp. 532-36.
- Morrison, A. M. (2005). Changing the domestic violence (dis)course: Moving from white victim to multi-cultural survivor. *UC DAViS l. rev.*, 39, 1061.
- Mullen, P. E., & Maack, L.H. (1985). Jealousy, pathological jealousy and aggression. *Aggression and dangerousness*, 103-126.
- Navarro, R., Larrañaga, E., Yubero, S., & Villora, B. (2020). Psychological correlates of ghosting and breadcrumbing experiences: A preliminary study among adults. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 1116.
- Neuner, F. (2022). Physical and social trauma: Towards an integrative transdiagnostic perspective on psychological trauma that involves threats to status and belonging. *Clinical psychology review*, 102219.
- Niaz, U., Hassan, S., & Tariq, Q. (2002). Psychological consequences of intimate partner violence: Forms of domestic abuse in both genders. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 18(3), 205–214.
- Nicolaidis, C., Curry, M.A., Ulrich, I., Sharps, P., McFarlane, J., Campbell, D., Gary, F., Laughon, K., Glass, N., & Campbell, J. (2003). Could we have known? A qualitative analysis of data from women who survived an attempted homicide by an intimate partner. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 788-794.
- Nicolais, G., Speranza, A. M., Bacigalupi, M., & Gentile, L. (2005). Il trauma in età evolutiva: inquadramento diagnostico e correlati neurobiologici. *Infanzia e adolescenza*, 4(3), 187-199.
- Parrott, G. W. (1991). The emotional experience of envy and jealousy. In P. Salovey (ed.), *The psychology of jealousy and envy* (pp. 3-30). New York: Guilford Press.

- Patti, M.S., & Vassalli, A. (2015), *Introduzione all'edizione italiana* in Van der Kolk (2014), *Il corpo accusa il colpo*. Milano: Raffaello Cortina. Tr. It. 2015.
- Peabody, S. (1989). *Addiction to love: Overcoming obsession and dependency in relationships*. Ten Speed Press.
- Peele, S., & Brodsky, A. (2015). *Love and Addiction*. Watertown: Broadrow publications. (Originariamente pubblicato nel 1975).
- Pellizzone, I. (2021). La violenza economica contro le donne: riflessioni di diritto costituzionale. *Diritto di difesa*.
- Pennebaker, J.W., & Harber, K.D. (1993). A social stage model of collective coping: the loma prieta earthquake and the persian gulf war. *Journal of social issues*, 49 (4), pp. 125-145.
- Perrone, V. (2013). Psicopatologia delle relazioni di coppia: gli “incastrati perfetti”. *Mente e cura*, 168-181.
- Pfeiffer, S. M., & Wong, P.T. (1989). Multidimensional jealousy. *Journal of social and personal relationships*, 6(2), 181-196.
- Phiri-Alleman, W., & Alleman, J. B. (2008). Sexual violence in relationships: Implications for multicultural counseling. *The Family Journal*, 16, 155–159.
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(1), 181-193.
- Piquero, A. R., Brame, R., Fagan, J., & Moffitt, T. E. (2006). Assessing the offending activity of criminal domestic violence suspects: Offense specialization, escalation, and de-escalation evidence from the Spouse Assault Replication Program. *Public Health Reports*, 121, 409-418.
- Poggi, F. (2017). Violenza di genere e Convenzione di Istanbul: un'analisi concettuale, in *"Diritti umani e diritto internazionale, Rivista quadrimestrale"* 1/2017, pp. 51-76.
- Porcerelli, J. H., Cogan, R., & Hibbard, S. (2004). Personality characteristics of partner violent men: a Q-sort approach. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 151–162.
- Reale, E. (2011). *Maltrattamento e violenza sulle donne. Vol.II – Criteri, metodi e strumenti per l'intervento clinico*. Franco Angeli: Milano.

- Ricciardi, M. (2002). L'importanza del supporto psicologico per i soccorritori in emergenza: risultati di una ricerca. *La professione di Psicologo*, 5.
- Ringrose, J., & Renold, E. (2012). Slut-shaming, girl power and 'sexualisation': Thinking through the politics of the international SlutWalks with teen girls. *Gender and Education*, 24(3), 333-343.
- Rizzuto, M., & Schietroma, S. (2021). La comunicazione persuasiva e manipolatoria: analisi degli strumenti di difesa a partire dai principi persuasivi di Robert Cialdini. *Piesse (www.rivistapiesse.it)*, 7(5-1).
- Romito, P., De Marchi, M., & Gerin, D. (2008). Le conseguenze della violenza sulla salute delle donne. *Rivista SIMG*, 3, 34-6.
- Rusbult, C., & Martz, J. (1995). Remaining in an abusive relationship: An investment analysis of nonvoluntary dependence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(6), 558-571.
- Santambrogio, J., Colmegna, F., Trotta, G., Cavalleri, P. R., & Clerici, M. (2019). Intimate partner violence (IPV) e fattori associati: una panoramica sulle evidenze epidemiologiche e qualitative in letteratura. *Rivista di Psichiatria*, 54, 97-108.
- Scheeringa, M.S. (2004). Posttraumatic Stress Disorder. In R Delcarmen-Wiggins e AS Carter (a cura di), *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L., & Putnam, F. (2004). Heart period and variability findings in preschool children with posttraumatic stress symptoms. *Biological Psychiatry*, 55(7), 685-691.
- Schilder, P. (1996). Depersonalization, in *Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry*, 50, International University Press, New York, p.120.
- Schneider, M., & Hirsch, J. S. (2020). Comprehensive sexuality education as a primary prevention strategy for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 439-455.
- Schutte, N., Malouff, J., & Doyle, J. (1988). The relationship between characteristics of the victim, persuasive techniques of the batterer, and returning to a battering relationship. *Journal of Social Psychology*, 128(5), 605-610.

- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.
- Shackelford, T. K., & Goetz, A. T. (2004). Men's sexual coercion in intimate relationships: Development and initial validation of the sexual coercion in intimate relationships scale. *Violence and Victims, 19*, 21–3.
- Simmons, A. N., Paulus, M. P., Thorp, S. R., Matthews, S. C., Norman, S. B., & Stein, M. B. (2008). Functional activation and neural networks in women with posttraumatic stress disorder related to intimate partner violence. *Biological psychiatry, 64*(8), 681-690.
- Siria, S., Fernández-Montalvo, J., Echauri, J. A., Arteaga, A., Azkárate, J.M., & Martínez, M. (2021). Differential MCMI-III psychopathological profiles between intimate partner violence perpetrators with and without childhood family violence. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Sonkin, D., & Dutton, D. (2003). Treating Assaultive Men from an Attachment Perspective In Dutton, Don and Sonkin, Daniel (eds). *Intimate Violence: Contemporary Treatment Innovations*. New York: *Haworth Publishing*.
- Sophia, E. C., Tavares, H., & Zilberman, M. L. (2007). Pathological love: Is it a new psychiatric disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(1), 55-62.
- Stewart, D. E., MacMillan, H., & Wathen, N. (2013). Intimate partner violence. *The Canadian Journal of Psychiatry, 58*(6), E1-E15.
- Stockdale, M. S., Logan, T. K., & Weston, R. (2009). Sexual Harassment and Posttraumatic Stress Disorder: Damages Beyond Prior Abuse. *Law and Human Behavior, 33*(5), 405–418. <http://www.jstor.org/stable/40540134>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17*, 283–316.
- Straus, M.A., Gelles, R.J., & Steinmetz, S.K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, NY: Anchor/Doubleday.
- Strube, M., & Barbour, L. (1983). The decision to leave an abusive relationship: Economic dependence and psychological commitment. *Journal of Marriage and the Family, 45*, 785-793.

- Strube, M., & Barbour, L. (1984). Factors related to the decision to leave an abusive relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 837-844.
- Terr, L. (1991), "Childhood traumas: An outline and overview", in *American Journal of Psychiatry*, 148, 1, pp. 10-20. Tr. it. in Williams, R. (2009) (a cura di), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 89-136.
- Testa, M. T., VanZile-Tamsen, C., & Livingston, J. A. (2007). Prospective prediction of women's sexual victimization by intimate and nonintimate male partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 52-60.
- Thompson, Mattie P. et al. (2006). Measuring intimate partner violence and victimization and perpetration: A compendium of assessment tools (pp. 6,19-20). Atlanta, GA: *Centers for Disease Control and Prevention*.
- Timmreck, T. C. (1990). Overbooking the loss of a love: Preventing love addiction and promoting positive emotional health. *Psychological Reports*, vol 66(2), 515-528.
- Truman-Schram, D., Cann, A., Calhoun, L., & Vanwallendael, L. (2000). Leaving an abusive dating relationship: An investment model comparison of women who stay versus women who leave. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(2), 161-183.
- Ursin, H., & Olf, M. (1993). Psychobiology of coping and defence strategies. *Neuropsychobiology*, 28(1-2), 66-71.
- Vagnoli, C. (2021). *Maledetta sfortuna: vedere, riconoscere e rifiutare la violenza di genere*. Milano, Fabbri Editori: Mondadori Libri.
- Van der Kolk, B. (2014). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Vanda, L., Zammuner, & Zorzi, C. (2012). Gelosia, amore e violenza: le credenze circa la gelosia maschile e le loro implicazioni, in "*Psicologia sociale, Social Psychology Theory & Research*" 1/, pp. 121-148.
- Varcoe, C., Hankivsky, O., Ford-Gilboe, M., Wuest, J., Wilk, P., Hammerton, J., & Campbell, J. (2011). Attributing selected costs to Intimate Partner Violence in a sample of women who have left abusive partners. A social determinant of health approach. *Canadian Public Policy*, 37, 359-380.

- Vega, E. M., & O’Leary, K. D. (2007). Test-retest reliability of the revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Violence, 22*, 703–708.
- Veggi, S., Carpignano, C., & Zara, G. (2021). Lo spazio intimo della violenza: Tipologia e durata delle relazioni violente. *Rassegna italiana di criminologia, (4)*, 292-303.
- Vellotti, P., & Zavattini, G.C. (2008). L’incontro con l’altro nella relazione di coppia: il luogo della reciprocità. *Funzione Gamma Journal, 21*.
- Viviani, M. (2017). Le relazioni perverse. *Quaderni di Psicoanalisi & Psicodramma analitico, 9*, 126-134.
- Websdale, N. (1999). Domestic homicide. Boston: *Northeastern University Press*.
- White, G. L., & Mullen, P. E. (1989). Jealousy: Theory, research, and clinical strategies. New York: *Guilford Press*.
- Wheaton, B. (1994), “Sampling the Stress Universe”. In Avison W.R., Gotlib I.H. (a cura di), *Stress and Mental Health: Contemporary Issues and Prospects for the Future*. Plenum, New York, pp. 77-114.
- Wild, J., Smith, K. V., Thompson, E., Béar, F., Lommen, M. J. J., & Ehlers, A. (2016). A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychological medicine, 46(12)*, 2571-2582.
- Wittchen, H.U., Schönfeld, S., Kirschbaum, C., Trautmann, S., Thurau, C., Siebert, J., Höfler, M., Hauffa, R., & Zimmermann, P. (2013). Rates of mental disorders among German soldiers deployed to Afghanistan: increased risk of PTSD or of mental disorders in general. *Journal of Depression and Anxiety 2*, 133.
- Woods, S. J. (2000a). *The lasting physical, emotional, and social effects of intimate partner abuse for women*. Paper presented at the 10th International Conference of the Nursing Network on Violence Against Women: Ending Violence Against Women: Setting The Agenda for The Next Millennium, Vancouver, British Columbia.
- Woods, S. J. (2000b). Prevalence and patterns of post-traumatic stress in abused and post-abused women. *Issues in Mental Health Nursing, 21*, 309-324.
- Woods, S. J. (2005). Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: What we know and need to know. *Journal of interpersonal violence, 20(4)*, 394-402.

Yehuda, R. (1999). *Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder*. American Psychiatric Association Publishing.

Zara, G., Veggi, S., & Gino, S. (2020) Intimate Partner Violence: la tipologia della relazione e l'intimità affettiva nelle dinamiche interpersonali violente, in *"Giornale italiano di psicologia, Rivista trimestrale"* 2/2020, pp. 627-635.

Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*. Il mulino, Bologna.

Sitografia

[https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=2&art.idGruppo=61&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=609&art.idSottoArticolo=2&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&art.progressivo=0#:~:text=609%2Dbis.,sei%20a%20dodici%20anni\)\)](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=2&art.idGruppo=61&art.flagTipoArticolo=1&art.codiceRedazionale=030U1398&art.idArticolo=609&art.idSottoArticolo=2&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=1930-10-26&art.progressivo=0#:~:text=609%2Dbis.,sei%20a%20dodici%20anni)))

<https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza>

<http://www.centrocontrolaviolenza-ao.it/>

<https://www.istitutobeck.com/trauma-abuso>

<https://www.ipsico.it/news/stili-di-attaccamento-modelli-operativi-interni-e-dipendenza-affettiva/#:~:text=Attaccamento%20insicuro%2Devitante&text=I%20bambini%20con%20questo%20stile,esclusiva%20fiducia%20in%20se%20stessi>

<http://www.procuragenerale.trento.it/attachments/article/31/cp.pdf>

<https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>

Ringraziamenti

«Dove ti sei perduta, da quale dove non torni,

assediata bruci senza origine.

Questo fuoco deve trovare le sue parole

pronunciare condizioni di smarrimento,

dire: sei l'unica me che ho, torna a casa».

Chandra Livia Candiani, 2016-2020

Ci tengo a scrivere che dedico questa tesi a tutte le sorelle di questo mondo, che hanno vissuto l'abuso e la violenza. La dedico alle donne che ho incontrato e a me stessa, per quella notte in cui il mio corpo non fu più solo mio. Tra queste righe ti proteggo.

Al termine di questo piccolo ma grande viaggio, vorrei innanzitutto ringraziare la Dottoressa Stefania Cristofanelli per avermi permesso di trattare in questa tesi un tema tanto complesso e a me caro. Al tempo stesso, ringrazio la Dottoressa Eleonora Centonze per aver contribuito alla stesura della tesi. La ringrazio per la pazienza, il tempo e i suggerimenti a me offerti.

Ringrazio la mia famiglia per avermi permesso di raggiungere questo traguardo e ringrazio tutte le persone, che anche per poco, mi sono rimaste accanto in questo percorso. Vi ringrazio per il sostegno, per avermi indicato la direzione giusta. Ora so meglio chi sono e chi voglio diventare. Grazie mamma e grazie papà per aver creduto in me quando non ne ero capace neanche io.

Non ci sono sufficienti grazie da distribuire, così vi nomino: grazie Marisabel, Erald, Federika e tutti gli amici e le amiche che mi hanno spronata ad essere fiera della mia persona, aiutandomi a trovare un po' di consapevolezza anche quando tendevo a perderla nei momenti più bui.

Ringrazio in particolare mia sorella Martina per essere la mia anima e la mia persona, l'estensione migliore di me. Dedico anche a te questa tesi, in modo che ti possa rendere più forte e consapevole, con l'obiettivo di proteggerti fino all'ultimo dei miei respiri.

Grazie Brenno per essere stato parte del viaggio, da anni sintomo e cura, musa delle mie poesie. Non so ringraziarti a parole perché come sai la mia voce trema, ma riesco a scriverti tutto ciò che con la voce non so dire e con le mani so raccontarti quanto sei per me.

Ringrazio i miei fratelli S., N. e mia sorella K., che con la loro anima non umana sono stati terapia e costanza nei giorni più cattivi, se non fosse per voi non sarei la metà della persona che sono oggi. Siete il mio equilibrio. Vi dedico la mia vita più che la tesi stessa, vi regalo il mio cuore e la mia mente, vi offro il mio tempo, per sempre. Siete voi che con il vostro silenzio avete fatto nascere in me la più bella spinta vitale che potesse capitarmi. Vi salverei per tutte le vite in cui potrei capitare.

Infine, per una delle poche volte, ringrazio anche me stessa. Grazie per le notti insonni e l'incapacità di gestire l'ansia, forse -prima o poi- imparerai cos'è la calma. Grazie per la dedizione, per l'impegno e per la forza che non pensavo di avere. Grazie per la perseveranza e per la curiosità, che se spesso si sono spente, hanno comunque trovato il modo di riaffiorare.