



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia  
Applicata (FISPPA)**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia clinico-dinamica**

**Tesi di laurea Magistrale**

**Trauma, disregolazione emotiva e autostima in un gruppo di donne  
vittime di violenza da parte del partner intimo**

**Trauma, emotional dysregulation and self-esteem in a sample of women  
victims of intimate partner violence**

***Relatore:***

**Prof.ssa Stefania Mannarini**

***Correlatore:***

**Dott. Alessandro Alberto Rossi**

***Laureando:* Luca Scarpa**

***Matricola:* 1234166**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPITOLO 1: VIOLENZA DA PARTE DEL PARTNER NELLE RELAZIONI INTIME ....</b>                                   | <b>4</b>  |
| 1.1 Violenza di genere, violenza domestica e violenza da parte del partner: definizioni e dati statistici..... | 5         |
| 1.1.2 Interventi nel contesto italiano: prevenzione e trattamento della violenza di genere .....               | 6         |
| 1.1.3 Violenza domestica e IPV .....   | 7         |
| 1.1.4 L'impatto della pandemia da COVID-19 .....   | 9         |
| 1.2 Alcune forme di violenza da parte del partner .....  | 11        |
| 1.3 Alcuni modelli teorici.....  | 16        |
| 1.3.1 Limiti dei modelli descritti: .....  | 20        |
| 1.4 L'impatto sulla salute mentale e fisica .....  | 20        |
| 1.5 Alcuni fattori di rischio e di protezione.....   | 22        |
| 1.5.1 Fattori di rischio.....  | 22        |
| 1.5.2 Fattori di protezione.....   | 25        |
| <b>CAPITOLO 2: TRAUMA, DISREGOLAZIONE EMOTIVA E AUTOSTIMA .....</b>  | <b>27</b> |
| 2.1 Trauma.....  | 27        |
| 2.1.1. Il trauma nelle donne vittime d'IPV .....   | 30        |
| 2.1.2 Trauma e PTSD .....  | 32        |
| 2.1.3 Affetti legati al trauma.....  | 33        |
| 2.3 Regolazione e disregolazione emotiva .....   | 34        |
| 2.3.1 Disregolazione emotiva e consumo di alcool .....   | 36        |
| 2.3.2 Disregolazione emotiva e PTSD.....   | 38        |
| 2.3.3 Disregolazione emotiva all'interno della coppia .....  | 38        |
| 2.4 Autostima .....  | 40        |
| 2.4.1. Autostima e IPV .....   | 42        |
| <b>CAPITOLO 3: LE TEORIE DELL'AUTOSTIMA .....</b>  | <b>44</b> |
| 3.1 Teoria della gestione del terrore (TMT).....   | 44        |
| 3.2 Anxiety Buffer Hypotesys.....  | 46        |
| 3.3 TMT e ABH a confronto .....  | 47        |
| 3.4 Anxiety Buffer Hypotesis e IPV .....   | 48        |
| <b>CAPITOLO 4: RICERCA .....</b>   | <b>50</b> |
| 4.1 Progetto di ricerca .....  | 50        |
| 4.2 Metodo.....  | 51        |
| 4.2.1 Procedura di reclutamento .....  | 51        |
| 4.2.2 Partecipanti .....   | 52        |
| 4.2.3 Procedura di somministrazione.....   | 52        |
| 4.3 Materiali .....  | 54        |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.4 Ipotesi di ricerca .....                   | 62        |
| 4.5 Analisi statistiche .....                  | 62        |
| <b>CAPITOLO 5: RISULTATI .....</b>             | <b>64</b> |
| 5.1 Statistiche descrittive.....               | 64        |
| 5.2 T-TEST.....                                | 68        |
| 5.3 Analisi di correlazione.....               | 72        |
| 5.4 Analisi di mediazione .....                | 76        |
| <b>CAPITOLO 6: DISCUSSIONE.....</b>            | <b>79</b> |
| 6.1 Considerazioni cliniche .....              | 85        |
| 6.2 Limiti e punti di forza dello studio ..... | 85        |
| 6.3 Prospettive future .....                   | 86        |

## CAPITOLO 1

### VIOLENZA DA PARTE DEL PARTNER NELLE RELAZIONI INTIME

Le donne sono state vittime di violenza per secoli, spesso perpetuata da una mentalità collettiva che vede nell'uomo forte e autoritario il modello ideale. La violenza, in tutte le sue forme, è un crimine che può distruggere la vittima, sia fisicamente che psicologicamente.

Le donne che subiscono violenza portano spesso le ferite di questo crimine sul corpo e nell'anima, inoltre queste ferite possono essere molto profonde e durature.

Nonostante i progressi compiuti dalla società nel campo dei diritti umani, la violenza domestica contro le donne continua a essere un grave problema in molte parti del mondo. Questo atteggiamento negativo nei confronti della violenza domestica è in gran parte dovuto a tradizioni radicate che considerano le donne come esseri inferiori e sottomessi agli uomini. Fortunatamente, negli ultimi anni è cresciuta la consapevolezza di questo problema e si sta facendo sempre di più per contrastarlo.

La violenza domestica è un problema complesso di grande rilevanza scientifica a causa della sua elevata prevalenza e delle conseguenze negative sulla salute fisica e psicologica di chi la subisce, tuttavia progressi della ricerca scientifica, la consapevolezza del problema e le politiche adottate hanno portato a miglioramenti; la pandemia COVID-19 sfortunatamente ha interrotto questa tendenza positiva che si andava sviluppando agendo da fattore precipitante.

Il primo capitolo illustrerà il fenomeno della violenza di genere e le sue sottocategorie.

In primo luogo, verranno trattate le definizioni che inquadrano il fenomeno, quindi verranno forniti i dati epidemiologici generali sulla violenza nelle relazioni d'intimità e quelli relativi al periodo della pandemia SARS-COV 2 (COVID-19). Infine, verranno esposte le principali teorie attraverso le quali la violenza contro le donne viene più frequentemente interpretata.

In questo contesto, il presente studio si è posto l'obiettivo d'indagare la condizione psicologica delle donne vittime di abusi da parte del partner e di ampliare le conoscenze scientifiche sull'argomento mediante un confronto tra un gruppo di donne utenti di centri antiviolenza italiani e gruppo di donne che hanno subito violenza ma non si sono rivolte a nessun servizio di supporto.

## **1.1 Violenza di genere, violenza domestica e violenza da parte del partner: definizioni e dati statistici**

L'ampio termine "violenza di genere" è usato per descrivere qualsiasi tipo di violenza che una donna subisce a causa del suo genere; siano esse partner, figlie, sorelle, madri, conoscenti, ecc.

La definizione del fenomeno data dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) nel 2011 con la Convenzione d'Istanbul, successivamente ratificata dallo Stato italiano e parzialmente recepita con la Legge 119 del 2013, definisce il fenomeno come:

"Una violazione dei diritti umani e una forma di discriminazione contro le donne, comprende tutti gli atti di violenza di genere che causano o possono causare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di commettere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che in quella privata" (Convenzione d'Istanbul, 2011, p.3).

È quindi chiaramente visibile come il fenomeno assuma molte forme (ad esempio, fisica, psicologica, verbale) e si esprima in contesti diversi (privato, lavorativo, pubblico) con diversi gradi d'intensità e presupponga, come ogni violenza, la violazione dei diritti umani (risulta essere la violazione dei diritti umani più comune e che va a colpire il maggior numero di persone).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che una donna su tre in tutto il mondo abbia subito violenza sessuale o fisica nel corso della propria vita e che nella maggior parte dei casi questa sia stata perpetrata da un partner intimo (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2020).

Il termine partner intimo è inteso come "una persona con cui si hanno contatti regolari e una relazione caratterizzata da intimità, un alto grado di conoscenza reciproca, un'identità di coppia e con cui si hanno scambi fisici e sessuali" (Santambrogio et al., 2019, p. 98).

In Italia, i dati raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) nel 2014 mostrano che il 31,5% della popolazione femminile nella fascia di età 16-70 anni ha subito violenza e che i casi più gravi (compresi i femminicidi) sono stati provocati da partner o ex partner. L'indagine riportata del 2014 mostra un netto miglioramento rispetto a quella condotta nel 2006 dalla stessa istituzione: la violenza fisica da parte del partner o dell'ex partner scende dal 5,1% del 2006 al 4% del 2014 e la violenza sessuale dal 2,8% al 2%; il ricorso alla stessa violenza psicologica scende dal 42,3% del 2006 al 26,4% del 2014.

Questi miglioramenti sembrano essere attribuibili a un cambiamento culturale che ha dato sempre più voce al fenomeno della violenza, nella direzione di una severa condanna e di un crescente impegno a contrastarla (Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), 2014).

La società in questi anni ha fatto molta strada nel riconoscere la violenza contro le donne come un problema che deve essere affrontato e il cui trattamento e prevenzione non possono essere lasciati al caso o alla volontà della vittima.

### **1.1.2 Interventi nel contesto italiano: prevenzione e trattamento della violenza di genere**

A partire dal 2013, a seguito dell'approvazione della legge 119, recante "disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere", le istituzioni del nostro Paese, in accordo con l'impostazione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, hanno iniziato ad adottare un approccio cosiddetto "multifattoriale", basato quindi non solo su interventi volti a tutelare e ripristinare le normali condizioni di vita delle donne vittime, ma anche su attività di divulgazione, educazione e sensibilizzazione sul tema finalizzate al contrasto del fenomeno, con interventi anche di riabilitazione dei soggetti responsabili di atti di violenza.

Questo approccio è stato adottato per contribuire all'emancipazione delle donne attraverso la prevenzione, l'istruzione e la formazione con uno stanziamento di 10 milioni di euro. Inoltre, mira a sfidare la visione stereotipata delle donne nella società e sopprimere i pregiudizi di genere.

Con la normativa approvata nel 2013, e ancor più con quella recente e successiva del 2019, non si è intervenuto più solo sui reati che rappresentano l'evoluzione finale e del femminicidio (es. omicidio e lesioni), ma si è deciso di intervenire sui cosiddetti "reati spia" della violenza, intendendo per tali "quei reati che spesso sono l'antefatto alla realizzazione di reati più gravi" al fine di anticipare e prevenire le condotte criminose.

I CAV sono quindi essenziali per proteggere e tutelare le donne dalla violenza; tuttavia, non ottengono i finanziamenti necessari rapidamente o in quantità sufficienti.

Secondo la citata legge 119/2013, queste strutture dovrebbero ricevere almeno 10 milioni di euro all'anno, ma in media ne ricevono solo il 2%, e solo in due regioni: Liguria e Umbria (ISTAT, 2022).

Si tratta di un problema che deve essere affrontato con urgenza al fine di fornire un sostegno adeguato alle donne che subiscono violenza.

L'indagine condotta dall'ISTAT mette in evidenza come molte strutture non abbiano potuto beneficiare dei fondi disponibili a causa della richiesta di una garanzia bancaria, pari all'80% dell'importo, che molte strutture non hanno potuto ottenere.

Si tratta di una situazione critica che mette a rischio la loro sopravvivenza, in un momento in cui il fenomeno della violenza contro le donne continua ad aumentare.

Infine, è stato emesso "Il Reddito di Libertà", una misura di sostegno alle donne in uscita dalla violenza: 400 euro al mese per un massimo di 12 mesi, la misura è diventata operativa dal novembre 2021.

Per quanto riguarda il trattamento, all'interno dei centri antiviolenza vengono condotti interventi per rafforzare le risorse personali delle donne vittime di violenza, offrendo loro strumenti per superare il senso di rassegnazione e l'impossibilità di cambiare, valorizzando e rafforzando la resilienza delle vittime.

Il concetto di resilienza sembra essere strettamente legato a quello di empowerment, che è diventato di fondamentale importanza negli interventi di promozione del benessere.

L'empowerment è definito come "la sensazione di potere sul proprio ambiente e sulle situazioni di vita, legata al riconoscimento delle proprie competenze e possibilità";

Questi interventi vengono quindi condotti con l'obiettivo d'incoraggiare le donne a utilizzare le loro abilità e capacità come mezzo per riconquistare il libero arbitrio, piuttosto che rimanere vittime della situazione. Tali interventi forniscono loro l'opportunità di attingere alle proprie risorse interiori e passare da uno stato di passività a una posizione più attiva nei confronti della situazione di violenza (Walker, 1989).

### **1.1.3 Violenza domestica e IPV**

In particolare, quando parliamo di violenza dobbiamo fare una differenziazione terminologica tra violenza domestica e violenza nelle relazioni di intimità (IPV).

Questi due tipi di violenza sono utilizzati dalle Nazioni Unite come sinonimi, attribuendo a entrambi lo stesso scopo, ovvero "stabilire e mantenere una relazione basata sul potere e sul controllo del partner. Questa forma di violenza si manifesta di solito come un modello di comportamento abusivo nei confronti del partner o di un altro membro della famiglia, compresi i bambini" (Nazioni Unite).

La Convenzione di Istanbul definisce la violenza domestica come "tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra coniugi e partner attuali o precedenti, indipendentemente dal fatto

che l'autore condivide o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima" (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, 2011, p. 3).

Per quanto riguarda l'IPV, nel 2015 il National Center for Injury Prevention and Control - Center for Disease Control and Prevention (CDC) l'ha definita come "un atto violento che può essere: sessuale, fisico, psicologico (anche gli atti coercitivi sono inclusi in questa categoria) o stalking da parte di un partner attuale o precedente" (Breiding et al., 2015; Santambrogio et al., 2019).

Possiamo quindi constatare che stiamo parlando di:

-Violenza domestica/Abuso domestico: quando ci si riferisce a una categoria più ampia del fenomeno in cui si include non solo la violenza diretta al partner ma anche diretta a qualsiasi membro del nucleo familiare, al di là della coppia (Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, 2011).

-Violenza del partner intimo (IPV): per indicare la violenza di un partner sull'altro; in questo lavoro si farà riferimento a questo tipo di violenza, considerando solo le sue implicazioni nella relazione.

In effetti, l'IPV può essere considerata una sottocategoria della violenza domestica, termine che esclude altri tipi di violenza che si verificano nel contesto familiare ma non si esprimono in una relazione tra partner.

L'OMS definisce l'IPV come: "comportamento messo in atto da uno o più partner che causa danni fisici, sessuali o psicologici, tra cui l'aggressione fisica, la coercizione sessuale, l'abuso psicologico e il comportamento di controllo" (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2012).

Il fenomeno dell'IPV è molto diffuso: si stima che 1 donna su 4 e 1 uomo su 10 subiscano violenza sessuale, stalking o violenza fisica da parte di un partner intimo nel corso della loro vita. La maggior parte delle donne vittime d'IPV subisce violenza prima dei 25 anni (71,1%) e un quarto di esse prima dei 18 anni (25,8%). Il 55,8% degli uomini vittime d'IPV riferisce di aver subito violenza prima dei 25 anni e il 14,6% prima dei 18 anni (Smith et al., 2018).

La violenza da partner intimo (IPV) è quindi ormai riconosciuta come un problema di salute pubblica che esiste in tutte le società e tra persone di tutti gli strati sociali (Martin,



Tsui, Maitra e Marinshaw, 1999). I risultati di una serie di studi condotti in varie parti del mondo indicano che almeno una donna su tre è stata picchiata, costretta ad avere rapporti sessuali o abusata in qualche modo nel corso della sua vita (Johns Hopkins University-Center for Health and Gender Equity, 1999).

#### **1.1.4 L'impatto della pandemia da COVID-19**

Nonostante il rapporto ISTAT del 2014, riportato in precedenza, mostrasse un miglioramento del fenomeno, la pandemia SARS-COVID-19 che abbiamo vissuto si è rivelata un fattore precipitante, sia nel nostro Paese che in altri Paesi del mondo (Organizzazione Mondiale della Sanità [OMS], 2020; Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), 2020).

In effetti, in tutte le situazioni di emergenza, comprese le epidemie, la violenza contro le donne risulta in aumento (Boserup et al., 2020; Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), 2020; Parkinson, 2019), una delle possibili spiegazioni riguarda il fatto che, essendo la casa il luogo in cui si verificano maggiormente gli episodi di violenza, le quarantene per prevenire il contagio e le chiusure forzate portino a quello che Bradbury-Jones e Isham (2020) chiamano "il paradosso della pandemia" (Bradbury-Jones & Isham, 2020; van Gelder et al., 2020). Infatti, il contagio è stato contrastato da misure restrittive ma la violenza al contrario aumentava poiché essere bloccate a casa con l'aggressore portava le vittime a non percepire alternative alla situazione diventano in molti casi "spettatrici passive" a causa del fatto che i partner violenti sono stati in grado di sfruttare le misure del COVID-19 per esercitare tattiche di controllo, sorveglianza e coercizione. (Barbara et al., 2020; Bradbury-Jones & Isham, 2020; Lau et al., 2020).

Pertanto, il COVID-19 ha rappresentato un'emergenza globale che ha portato con sé la peculiarità di costringere le vittime all'isolamento con l'aggressore (Bradbury-Jones & Isham, 2020).

L'8 marzo 2020 è entrato in vigore in Italia il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che, a partire dal 10 marzo, ha esteso a tutto il territorio nazionale le misure di blocco forzato a causa della pandemia di SARS COVID-19 che stava iniziando nel nostro Paese, il che significava vietare gli spostamenti da casa se non per motivi di lavoro, necessità o salute, dando anche piede a una nuova modalità di lavoro, tramite dispositivi elettronici personali, come lo smart working.

In seguito a questa misura, attuata per evitare un'eccessiva pressione sul Servizio sanitario nazionale, è stato incoraggiato il lavoro a distanza e limitato l'accesso ai servizi sanitari (Gazzetta Ufficiale n. 59 del 2020), compreso l'accesso ai Centri antiviolenza.

Un'indagine condotta dal CNR-IRPSS (Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto Nazionale di Ricerca sulla Popolazione e le Politiche Sociali) ha mostrato che nel Paese:

-Il 57% dei Centri Antiviolenza (CAV) ha lavorato prevalentemente a distanza, di cui il 32% esclusivamente con questa modalità, dato molto importante poiché evidenza come lavorando a distanza si lasci la vittima a casa con il maltrattante senza la possibilità di offrirle uno spazio sicuro in cui denunciare l'accaduto e sentirsi protetta.

-Il 78% dei centri ha visto dimezzare il numero di nuovi ingressi a seguito delle misure imposte per contenere il virus, infatti, mentre prima della pandemia ogni centro riceveva una media di 5,4 vittime a settimana, durante la serrata ne sono state registrate in media 2,8.

Questo dato tuttavia non riflette necessariamente una diminuzione dei casi di IPV, piuttosto la difficoltà che le vittime hanno di denunciarlo e chiedere aiuto, soprattutto se vivono con i loro aggressori (Barbara et al., 2020), in quanto soggette a un maggiore controllo da parte del partner.

-Solo l'11% dei centri intervistati per lo studio è riuscito a mantenere le condizioni di accesso precedenti alla chiusura.

Fortunatamente meno critico è stato il mantenimento dei legami con le donne che avevano già iniziato un percorso di uscita dalla violenza; infatti, solo il 38% ha dichiarato che i loro rapporti con il centro erano diminuiti (CNR-IRPSS - Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto Nazionale di Ricerca sulla Popolazione e le Politiche Sociali).

In risposta, però, un'indagine ISTAT relativa allo stesso periodo (1° marzo 2020-16 aprile 2020) ha evidenziato un aumento delle chiamate al numero di emergenza per la violenza sulle donne e lo stalking (1522) del 73% rispetto all'anno precedente; di queste chiamate, il 30,7% erano richieste di aiuto e il 28,3% richieste d'informazioni sul servizio.

Nel 93,4% dei casi è stata la casa il teatro della violenza (Barbara et al., 2010); il contatto telefonico, quindi risultava essere l'unico modo per le vittime di chiedere aiuto effettuando la chiamata nel raro momento in cui il partner violento era momentaneamente fuori casa (Giussy et al., 2010).

Nello stesso rapporto vengono riportati i dati sull'età delle donne che hanno richiesto aiuto telefonico durante il primo lockdown; si evidenzia che nella fascia di età delle "giovaniissime" e delle donne con più di 55 anni le richieste di aiuto sono aumentate:

-11,8% nel 2020 contro il 9,8% nel 2019 per le donne fino a 24 anni;

-23,2% nel 2020; 18,9% nel 2019 nelle donne over 55 (ISTAT 2021).

I dati raccolti presso gli uffici giudiziari nel periodo compreso tra il 1° agosto 2019 e il 3 luglio 2020 (tenendo quindi conto anche del periodo di lockdown forzato), mostrano che la percentuale di "procedimenti iscritti per il reato di maltrattamenti contro familiari e conviventi" è aumentata dell'11%, con un incremento significativo del numero di denunce tra il 1° gennaio e il 31 maggio 2020.

Anche nel resto del mondo è stato osservato un aumento dei casi di violenza di genere a causa delle misure adottate per contenere la pandemia; i dati mostrano come in Francia i casi siano aumentati del 30%, così come in Canada, Stati Uniti, Germania, Spagna e Australia. Nel Regno Unito, Refuge (una delle principali associazioni impegnate nella lotta contro la violenza di genere) ha riportato come le chiamate al loro numero verde siano aumentate del 25% e le visite al loro sito web del 150% nella settimana immediatamente successiva all'annuncio dell'imminente lockdown (Bradbury-Jones & Isham, 2020). L'aumento del numero di casi di violenza di genere in tutto il mondo, come brevemente illustrato, è stato chiaramente evidenziato da un'indagine pubblica condotta dalla CEPOL (Agenzia dell'Unione europea per la formazione delle autorità di contrasto) nel luglio 2020 e dalle stesse Nazioni Unite, che hanno definito questo fenomeno come una "pandemia ombra", sottolineandone così l'impatto devastante.

Diversi studi inoltre hanno dimostrato che questi eventi catastrofici (ad esempio disastri naturali, pandemie) portano a un aumento della violenza domestica (Adams & Adams, 1984; Schumacher et al., 2010; Parkinson, 2019).

## **1.2 Alcune forme di violenza da parte del partner**

Una delle forme più frequenti di violenza sulle donne, come dimostrano i dati sopra riportati, è la violenza da parte di un partner attuale o precedente, definita come IPV (Intimate Partner Violence). Il gruppo di lavoro sulla violenza e la famiglia dell'American Psychological Association (APA) definisce la violenza relazionale come:

"Un modello di comportamento abusivo, che comprende un'ampia gamma di abusi fisici, sessuali e psicologici, usato in una relazione intima da un partner contro l'altro, per mantenere il potere, il controllo e l'autorità su quella persona".

Da questa definizione si evince come la violenza da parte del partner sia intenzionale, sistematica e basata su una relazione di potere asimmetrica; il concetto d'IPV viene quindi utilizzato per riferirsi, in questo lavoro, a quella situazione in cui l'aggressore è l'uomo, la vittima la donna, e la violenza (in qualsiasi forma) si verifica nel contesto di una relazione intima attuale o passata.

Un'ulteriore definizione data al fenomeno è quella di Dixon e Graham-Kevan: "qualsiasi forma di aggressione e/o comportamento di controllo usato contro un partner intimo attuale o precedente di qualsiasi tipo o stato di relazione" (Dixon & Graham-Kevan, 2011, p. 1145).

È difficile determinare con precisione il numero di casi di questo fenomeno; infatti, l'IPV viene considerata come un "crimine nascosto" spesso sottovalutato poiché le vittime, generalmente, sono riluttanti a denunciarlo (Tjarden & Thoennes, 2000) inoltre vi è una scarsa consapevolezza da parte dell'opinione pubblica su ciò che costituisce l'IPV.

La violenza da partner intimo (IPV) si distingue comunemente in: violenza fisica, violenza sessuale e violenza psicologica:

**-Violenza fisica:** Questo tipo di violenza è certamente il più riconoscibile, definito secondo il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo degli Infortuni degli Stati Uniti (US) come "l'uso intenzionale della forza fisica con il potenziale di causare morte, disabilità, lesioni o danni fisici", Straus e Gelles definiscono la violenza fisica nel contesto dell'IPV come "un atto compiuto con l'intenzione, o percepito come intenzione, di causare dolore fisico o lesioni a un'altra persona".

Questo tipo di violenza non riguarda solo le aggressioni fisiche che causano lesioni, ma anche qualsiasi tipo di contatto fisico che renda la vittima soggetta al controllo/dominanza da parte dell'aggressore, compresi atti compiuti intenzionalmente come spingere, soffocare, bruciare, schiaffeggiare, prendere a pugni, calciare, mordere, tirare i capelli o usare armi e altri comportamenti simili. Anche i comportamenti di negligenza, come la privazione di cibo e/o di cure mediche o il rapimento, possono essere inclusi nella definizione di violenza fisica (Breiding et al., 2015).

Di solito, questo tipo di violenza è inizialmente di natura episodica e preceduta da violenza psicologica, prima di degenerare ed evolvere in frequenti escalation di maggiore intensità.

Subire una violenza fisica predispone la vittima allo sviluppo di sintomi depressivi e di un disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e aumenta la probabilità di tentare il suicidio

se presente in combinazione con la violenza psicologica e/o sessuale (Pico-Alfonso et al., 2006).

**-Violenza sessuale:** Il Rapporto mondiale sulla violenza e la salute dell'OMS definisce la violenza sessuale come "qualsiasi atto sessuale/tentativo di ottenere un atto sessuale mediante coercizione da parte di qualsiasi persona indipendentemente dalla relazione esistente con la vittima e in qualsiasi contesto esso si esprima".

La violenza sessuale nell'ambito dell'IPV si riferisce quindi a qualsiasi tipo di attività sessuale non consensuale o forzata nel contesto di una relazione intima.

Abraham lo definisce come: "(...) rapporti sessuali senza consenso, aggressione sessuale, stupro, controllo sessuale dei diritti riproduttivi e tutte le forme di manipolazione sessuale praticate con l'intento o la percezione dell'intento di causare degrado emotivo e sessuale e fisico all'altra persona".

Questo tipo di violenza può essere suddiviso in quattro categorie:

- 1) Abuso sessuale da parte del partner attraverso l'uso di tattiche manipolative e psicologicamente abusive per mantenere il partner in uno stato di sottomissione; ciò può avvenire attraverso umiliazioni sessuali, esperienze sessuali indesiderate senza contatto;
- 2) attività sessuale forzata con esperienze sessuali indesiderate che comportano il contatto ma non la penetrazione sessuale;
- 3) coercizione sessuale, anche attraverso tattiche di manipolazione da parte del partner per ottenere, o tentare di ottenere, rapporti orali, anali o vaginali non desiderati, compresa la penetrazione forzata e il sesso con oggetti.
- 4) violenza sessuale, ovvero l'uso di violenza fisica o la minaccia di violenza fisica per ottenere o tentare di ottenere un rapporto anale, orale o vaginale non desiderato, compresa la penetrazione forzata e il sesso con oggetti; questa categoria di violenza sessuale comprende anche la penetrazione non desiderata quando la donna/vittima non è in grado di dare il proprio consenso o non è cosciente, ad esempio quando sta dormendo. (Bagwell-Gray et al., 2015).

Inoltre, con l'avvento del progresso tecnologico si è cominciato a individuare una nuova categoria di violenza sessuale: il revenge porn (nuovo art. 612-ter del Codice penale, introdotto dall'art. 10 della Legge n. 69/2019). Infatti, con la diffusione del sexting, ovvero lo scambio di messaggi di testo, audio, immagini o video a sfondo sessuale/ sessualmente espliciti, soprattutto attraverso gli smartphone o le chat dei social network,

si è diffusa anche questa forma di violenza, per cui queste immagini vengono successivamente diffuse senza consenso o utilizzate per ricattare la vittima (Cole et al., 2020).

La violenza sessuale è spesso vissuta insieme alla violenza psicologica e fisica (Pico-Alfonso et al., 2006), le donne abusate sessualmente infatti riportano alti tassi di depressione, le donne vittime sia di violenza fisica che sessuale sembrano avere un rischio suicidario più elevato (Pico-Alfonso et al., 2006).

**-Violenza Psicologica:** Una forma di violenza più difficile da individuare, poiché agisce in modi ambigui e allusivi.

È definita come "qualsiasi comportamento che provochi un danno emotivo, riduca l'autostima e pregiudichi o disturbi il sano sviluppo della personalità"; esempi di essa possono essere: disprezzo del valore o della dignità personale, trattamenti umilianti, isolamento, insulti, ricatti, degrado, privazione di mezzi finanziari essenziali, stalking.

Follingstad ha recentemente pubblicato una revisione che sottolinea la mancanza di consenso sulla definizione di questo tipo di violenza e la difficoltà di rendere operativo il costrutto a partire da queste definizioni.

L'autore ha definito il concetto come "una serie di comportamenti abituali o ripetitivi messi in atto in una relazione intima, nel contesto di una relazione asimmetrica, che comprendono una serie di espressioni verbali volte a ferire emotivamente, a costringere, a controllare, a intimidire, a danneggiare psicologicamente il partner e a esprimere rabbia".

Alcune classificazioni considerano l'abuso economico e l'isolamento come distinti dall'IPV psicologico, si preferisce però considerarli come sottocategorie di quest'ultimo, in quanto si trattano anch'esse di strategie volte alla dominazione e sottomissione che causano nella vittima disagio emotivo e sofferenza psichica.

L'aspetto più importante della violenza psicologica è l'uso della conoscenza intima dell'altra persona per causare sofferenza mentale o emotiva; in alcuni casi i suoi effetti possono essere peggiori di quelli causati da altre forme di violenza come evidenziato da Mechanic et al. nel 2008, che hanno evidenziato come l'abuso psicologico sia predittivo dello sviluppo di sintomi depressivi e del disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Contrariamente a quanto si potrebbe pensare quindi la violenza psicologica risulta essere una forma fondamentale d'IPV.

Spesso essa non agisce da sola ma viene accompagnata da altre forme di violenza sopra descritte, inoltre soventemente precede la violenza fisica e sessuale all'interno della relazione come evidenziato in uno studio condotto nel 2010 (Mburia-Mwalili et al., 2010) in cui è emerso che il 40% delle donne vittime d'IPV ha dichiarato di aver subito sia violenza fisica che sessuale successivamente a quella psicologica.

La violenza psicologica inoltre sembra essere un predittore di ansia e sintomi depressivi più forte della violenza fisica (Pico-Alfonso et al., 2006; Street & Arias, 2001). Essa sembra essere anche l'unico fattore che predice la sintomatologia post-traumatica e ne spiega la comorbilità con la depressione (Pico-Alfonso et al., 2006), evidenziando così l'importanza di considerare il ruolo di questo tipo di violenza, spesso sottovalutato (anche dalle stesse vittime), come dimostrato da uno studio di Langhinrichsen-Rohling e collaboratori (2004), in cui i partecipanti hanno percepito l'aggressione fisica in modo più grave di quella psicologica.

Nixon e collaboratori nel 2004 hanno letto questi risultati alla luce del fatto che può esistere un legame tra la violenza psicologica subita e il senso di sé dell'individuo, con particolare riferimento all'autostima e all'autoefficacia (Nixon et al., 2004).

Lo stalking è un'altra forma d'IPV psicologico che deve essere presa in considerazione. Comporta contatti ripetuti e indesiderati con la vittima, che provocano paura, ansia e preoccupazione per il proprio benessere o per quello delle persone care.

Lo stalking comprende una serie di comportamenti, tra cui:

1. Effettuare ripetutamente e in modo inappropriato telefonate, inviare e-mail o messaggi, ecc.
2. Lasciare regali indesiderati (ad es. fiori, lettere, ecc.).
3. Osservare o seguire, spiare o apparire in luoghi non desiderati;
4. Entrare furtivamente nella proprietà personale della vittima, lasciando segni della propria presenza;
5. Danneggiare o minacciare gli effetti personali della vittima;
6. Minaccia di fare del male fisico alla vittima (Breiding et al., 2015).

Uno studio di Lacey ha analizzato l'impatto sulla salute fisica e psicologica dei diversi tipi di abuso sopra menzionati; questo studio fornisce una chiara indicazione di come l'abuso psicologico abbia un impatto significativo sulla salute mentale delle donne.

I sintomi depressivi sono stati valutati con un'indagine breve multiuso (SF-36 Health Survey versione 1.0) e i risultati hanno mostrato come le donne che subivano abusi psicologici presentavano livelli più elevati di sintomi depressivi.

Questo studio fornisce una chiara indicazione di come l'abuso psicologico abbia un impatto significativo sulla salute mentale delle donne vittime.

### **1.3 Alcuni modelli teorici**

A partire dagli anni '70 sono stati sviluppati diversi modelli per spiegare il fenomeno dell'IPV; una teoria ampiamente utilizzata in letteratura per descrivere il fenomeno è la teoria femminista, che sostiene che l'IPV sia il risultato di un sistema patriarcale in cui gli uomini si aspettano di avere il pieno controllo sulle loro partner (Respect, 2008), e quindi la violenza sia motivata dal potere e dal controllo,

La prospettiva femminista, come accennato, colloca l'IPV all'interno di un contesto socio-culturale basato sul presupposto che l'IPV sia "inestricabilmente legata ai tentativi di dominare e controllare le donne" (Dobash & Dobash, 1979, citato in Dobash, Dobash, Wilson & Daly, 1992, p.71) e che quindi sia perpetrata in modo massiccio dagli uomini come risultato di questo presupposto implicito (Dobash & Dobash, 2004).

La teoria è supportata da una serie di studi che dimostrano che "le donne subiscono più lesioni (Archer, 2000), vittimizzazioni sessuali (Coker et al, 2002; Harned, 2001; Romito & Grassi, 2007; Slashinski, Coker, & Davis, 2003) e stalking (Tjaden & Thoennes, 1998), da parte di un partner o di un ex-partner"; inoltre, i rapporti delle forze dell'ordine mostrano che il 75% dei reati d'IPV sono commessi da uomini.

Sulla base di questa teoria, Yllo (1988) e altri autori sostenevano che il trattamento dovesse concentrarsi principalmente sui comportamenti dominanti e sulle credenze patriarcali degli uomini, agendo su di loro e non sulla coppia o sulla vittima della violenza (McMahon & Pence, 1996).

Pertanto, i programmi d'intervento basati su questo modello teorico si concentrano su tattiche psicoeducative intese a rieducare agli uomini in relazione alle loro credenze sulle donne e sulle relazioni.

Il modello di trattamento dell'IPV attualmente più diffuso in Nord America e nel Regno Unito, che segue questa teoria, è il modello di Duluth (Pence & Paymar, 1993); questo modello si basa sull'intervento non sulle donne maltrattate, ma sugli uomini stessi, visti come maltrattanti.



Il modello di Duluth, ideato nel 1984 nella città di Duluth (Minnesota) dal personale del Duluth Domestic Violence Abuse Intervention Program (DAIP), mira quindi ad aiutare i partner violenti accompagnandoli in un percorso di presa di coscienza delle proprie azioni. Si concentra quindi sulla rieducazione degli uomini violenti, in quanto "non vediamo la violenza degli uomini contro le donne come derivante da patologie individuali, ma piuttosto da un senso di diritto socialmente rafforzato", con l'obiettivo che essi siano in grado di modificare i loro atteggiamenti e comportamenti personali in modo da imparare a non essere violenti nelle relazioni.

Questo modello si basa sulla cosiddetta "Ruota del potere e del controllo", chiamata così per enfatizzare le motivazioni alla base dell'abuso; è stata compilata dagli autori dopo aver raccolto informazioni sui comportamenti e sulle strategie più comuni perpetuate dagli uomini per dominare le loro partner.



Figura 1.1 Ruota del potere e del controllo. Adattamento da Pence & Paymar (1993)

Le strategie identificate nella Figura 1.1 sono: uso di minacce e coercizione, intimidazione del partner, violenza psicologica, isolamento dagli affetti sociali, negazione/minimizzazione e rimproveri, coinvolgimento dei figli, squilibrio di genere a favore degli uomini e violenza economica.

Questi comportamenti sarebbero tipici dei partner maschili volti a creare un'atmosfera di terrore e paura per la vittima e i suoi figli. Ciò porta a una dinamica familiare in cui giorno dopo giorno l'uomo si innalza a centro del potere assoluto avente il dominio completo sull'altro.

Sono molte le critiche mosse a questo modello:

Molti criticano il modello di Duluth in quanto conflittuale piuttosto che terapeutico; infatti, si concentra esclusivamente sul cambiamento delle azioni e degli atteggiamenti dell'aggressore piuttosto che affrontare i problemi emotivi e psicologici sottostanti.

Donald Dutton, professore di psicologia presso l'Università della British Columbia, ha dichiarato come il modello di Duluth sia stato sviluppato, a suo parere, da persone che "non hanno capito nulla di terapia", sottolineando come, ad esempio, la violenza lesbica risulta più frequente degli abusi eterosessuali.

Un altro modello che si rifà alla prospettiva femminista è la cosiddetta "teoria del ciclo della violenza", ideata da Walker nel 1979.

Questo modello evidenzia come l'IPV possa essere intesa, in una società puramente patriarcale, come un'iniqua distribuzione del potere e di come gli uomini usino la violenza per mantenere questi privilegi.

Nella sua analisi del fenomeno, l'autrice sottolinea come la fase acuta della violenza sia preceduta da un aumento della tensione e seguita da una fase di pentimento amoroso e assenza di tensione stessa: "l'esperienza di maltrattamenti ripetuti, come le scosse elettriche, diminuisce la motivazione delle donne a rispondere" (Walker, 1979, p. 50).

Si verifica così uno schema di ripetizione a tre fasi: aumento della tensione, esplosione della violenza e contrizione amorosa; questa ripetizione si perpetua fino alla separazione della coppia o alla ricerca di aiuto da parte della vittima.

Nei primi momenti della relazione, secondo l'autrice, l'uomo non si mostra per quello che è, e la donna di conseguenza non ha motivo di sospettare nulla, poiché "è il partner a corteggiarla e a mostrarle interesse e attenzione" (Walker, 2016).

Dopo questa fase iniziale però, l'uomo si mostrerà per quello che è realmente, cambiando il suo comportamento e assumendo tratti di controllo; tutto questo però avviene dopo che la relazione è ormai consolidata con un investimento sentimentale importante da parte della vittima.

Dal momento in cui si crea una stabilità di coppia e avviene il suddetto investimento sentimentale, per Walker iniziano quelle che sono le tre fasi del modello, descritte a lungo in "The battered woman syndrome" (2016):

- 1) Costruzione della tensione: in questa fase iniziano i primi atti intenzionali di violenza, come insulti, ingiurie, strategie di controllo oppressivo fino all'abuso fisico.

"La donna si trova in un'escalation di violenza: le minacce diventano più precise e terrorizzanti, l'aggressione verbale si intensifica, così come l'aggressione fisica" (Hirigoyen, 2000, 2006; Walker, 1979, 1984).

La vittima spaventata, in risposta a questo comportamento da parte del partner, assume un atteggiamento conciliante nel tentativo di placarlo; ciò porta esiti positivi alimentando la convinzione da parte della donna di poter controllare questa situazione ma allo stesso tempo la rende sempre più passiva.

- 2) Esplosione della violenza: La tensione della fase precedente cresce a tal punto che la vittima non può esercitare più alcun controllo su di essa, arrivando a sentirsi impotente e provare un forte senso di sfiducia e rassegnazione.

Questo modo di percepirsi da parte della vittima è definito dall'autrice come un "senso d'impotenza appresa": sentirsi privi di qualsiasi mezzo per intervenire e perdere ogni speranza; secondo Seligman le donne che hanno subito abusi nell'infanzia hanno maggiori probabilità di provare questo tipo di sentimento (Seligman, 1975). Questa condizione ha implicazioni pratiche nel trattamento delle donne vittime di violenza, può tuttavia essere prevenuto lavorando sull'empowerment e sull'acquisizione di competenze e abilità (Walker, 1989)

- 3) Contrizione amorosa: Dopo un episodio di violenza grave, alcuni partner potrebbero mostrarsi dispiaciuti per il loro comportamento portando regali e/o facendo promesse; tutto ciò potrebbe dare alla donna qualche speranza riguardante il fatto che il comportamento del partner possa cambiare. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, questa fase è solo una parte del ciclo di abusi.

È importante sottolineare che per Walker l'uomo non cerca il perdono per l'uso della violenza in sé, per la quale si sente giustificato, ma per l'eccesso di essa.

La prospettiva intrafamiliare, invece, considera la perpetrazione della violenza tra partner intimi come il risultato di una complessa interazione di fattori biologici, psicologici, sociali e contestuali (Dutton & Corvo, 2006; Straus, 2008) e considera anche gli autori d'IPV come una popolazione eterogenea e non esclusivamente maschile come il modello precedente.

La "violenza di coppia situazionale" è stata identificata come la più comune; in questo modello l'uso della violenza fisica deriva dalla sublimazione di conflitti e discussioni tra i partner, la cui origine varia nelle motivazioni da coppia a coppia (Johnson 2006).

In questo caso quindi l'atto violento non è compiuto con l'intento di dominare, controllare o detenere potere sul partner (Johnson & Leone, 2005), come in quello proposto dal modello femminista.

Inoltre, è stato rilevato con uguale frequenza in entrambi i sessi (Johnson, 2006), i dati provenienti da una ricerca di Archer mostrano infatti come la violenza si verifichi in egual misura tra i generi nelle società occidentali; ciò non è evidente però in altre nazioni dove i ruoli sociali sono considerati meno individualizzati e i ruoli di genere diseguali (Archer, 2006).

### **1.3.1 Limiti dei modelli descritti:**

Sebbene i modelli sopra descritti abbiano svolto un ruolo significativo nello sviluppo di programmi di prevenzione e trattamento si sono rivelati "inefficaci nel ridurre i tassi di perpetrazione dell'IPV nel tempo" (Babcock et al., 2004).

Ognuno di questi modelli descrive un sottoinsieme di variabili che si ipotizza siano causalmente correlate al fenomeno dell'IPV, ma nessuno di essi è in grado di descrivere e prevedere completamente il fenomeno.

Considerando i limiti dei modelli esistenti, molti autori (Bogat et al., 2005, Rhatigan et al., 2005, Whitaker et al., 2006), hanno incoraggiato la costruzione di nuovi considerando sia il punto di vista della vittima che quello dell'aggressore, integrando anche diverse discipline (psicologia, diritto, sociologia) e cercando di assumere, per questi modelli, una natura più idiografica tenendo così conto della significativa eterogeneità del fenomeno.

### **1.4 L'impatto sulla salute mentale e fisica**

La violenza da partner intimo (IPV) comporta inevitabilmente danni fisici, emotivi ed economici esorbitanti e la morte non è una conseguenza rara (WHO, World Report on Violence and Health, 2002), essendo di fatto una delle principali cause di suicidi e omicidi.

È associata a un'ampia gamma di problemi di salute per le vittime, tra cui lesioni, malattie croniche, abuso di sostanze, problemi di salute riproduttiva, HIV e AIDS.

Le conseguenze sulla salute mentale dell'IPV (Golding, 1999; Kilpatrick & Acierno, 2003; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi e Lozano, 2002; National Centre for Injury Prevention in Control, 2003; Schnurr & Green, 2004) possono essere gravi e comprendono il disturbo

post-traumatico da stress (PTSD), la depressione, l'ansia e i disturbi alimentari (Afifi, MacMillan, Cox, Asmundson, Stein e Sareen, 2009).

Diversi studi hanno dimostrato il ruolo della violenza sulla depressione clinica e sullo sviluppo del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD):

Kernic e Holt (2005) hanno condotto uno studio longitudinale sulla depressione nelle donne maltrattate e hanno scoperto che la gravità della depressione diminuiva una volta cessato l'abuso.

Coolidge e Anderson (2002) hanno confrontato i profili di personalità di tre gruppi di donne e li hanno classificati come segue:

Gruppo A: relazioni multiple di abuso;

Gruppo B: una relazione abusiva;

Gruppo C: nessuna relazione abusiva.

Utilizzando il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quarta revisione (DSM-IV-TR; APA, 2000), sono stati valutati i profili di salute mentale di questi tre gruppi di donne, i risultati hanno mostrato come:

-Le donne del gruppo A presentavano tassi di prevalenza significativamente più elevati e livelli più gravi di psicopatologia; i disturbi di Asse I più prevalenti sono: PTSD (36%) e depressione (17%), mentre il disturbo di Asse II più diffuso è risultato essere il disturbo di personalità dipendente (21%).

-Le donne del gruppo B presentavano tassi e livelli di psicopatologia più elevati rispetto al gruppo di controllo (gruppo C).

Questi risultati hanno anche dimostrato come le donne maltrattate non siano necessariamente un gruppo omogeneo e possano riportare diversi problemi di salute mentale a seconda del tipo di violenza subita.

Per quanto riguarda il PTSD, uno studio di Mertin e Mohr (2001) suggerisce che il 40-60% delle donne vittime d'IPV soffre di questo disturbo.

Lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress inizia con l'esposizione a fattori di stress traumatici (violenza), seguiti dalla paura per la propria sicurezza e da un senso d'impotenza nel controllare la situazione.

Alcuni dei sintomi più comuni di questo disturbo includono: rivivere l'evento attraverso flashback e incubi, evitare i ricordi dell'evento, intorpidimento emotivo e aumento dell'eccitazione fisica (ad esempio, l'eccitazione della vittima).

Lo sviluppo del disturbo post-traumatico da stress è particolarmente probabile per le vittime di violenza sessuale (Kilpatrick, 2004), inoltre alcune vittime di violenza presentano una serie di sintomi di PTSD non soddisfacendo però tutti i criteri diagnostici per una diagnosi formale.

Inoltre, la misura in cui le donne vittime sviluppano il PTSD o altri disturbi d'ansia dipende dall'entità e dalla gravità dell'esposizione all'abuso (Follette, Polunsky, Bechtel e Naugle, 1996).

Le donne abusate rappresentano anche un costo elevato per la spesa pubblica, generando ingenti costi per il sistema sanitario (92% di costi in più all'anno rispetto alle donne non abusate) a causa delle complesse esigenze di queste donne, che spesso riferiscono problemi di salute cronici come mal di testa, dolori lombari o sintomi ricorrenti associati al sistema nervoso centrale (ad esempio, svenimenti), sintomi gastrointestinali (ad esempio, perdita di appetito, disturbi alimentari) e disturbi gastrointestinali (ad esempio, sindrome dell'intestino irritabile cronica) associati allo stress cronico (Santambrogio et al., 2019)

Questi problemi di salute, spesso debilitanti, interferiscono con la capacità delle donne di condurre una vita normale e produttiva e richiedono l'aiuto di uno o più specialisti per il trattamento.

## **1.5 Alcuni fattori di rischio e di protezione**

### **1.5.1 Fattori di rischio**

Sebbene la violenza abbia origine da fattori individuali, per raggiungere le sue manifestazioni più gravi è essenziale che si accumulino e si rafforzino diversi fattori di rischio che, se non bilanciati da fattori protettivi, possono portare a un processo relazionale di cui né la vittima né l'autore sono pienamente consapevoli.

Diversi studi che hanno analizzato i fattori che influenzano il rischio di questo fenomeno hanno evidenziato come:

Per quanto riguarda la vittimizzazione, Abramsky (Abramsky et al., 2011) ha sottolineato come la giovane età sia significativamente correlata all'essere vittima d'IPV; inoltre, le donne con basso reddito, bassa istruzione o separate/divorziate avevano maggiori probabilità di divenire vittime (Gibbs et al., 2018).

Uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, condotto nel 2013, ha dimostrato in una popolazione americana che le donne incinte non intenzionalmente avevano

maggiori probabilità di essere vittime di violenza da partner nelle relazioni d'intimità rispetto alle donne intenzionalmente incinte (15% contro 5%).

Un altro fattore di rischio evidenziato in uno studio di Cole et al. (Cole, Logan & Shannon, 2005) sembra essere l'esposizione a violenze e abusi sessuali precedenti, infatti le donne con una precedente storia di vittimizzazione da parte di estranei sono a più alto rischio di essere abusate dal partner attuale; gli studi sulla trasmissione intergenerazionale della violenza hanno evidenziato inoltre il ruolo delle esperienze di maltrattamento infantile nel predire l'IPV (Widom et al., 2014), come evidenziato da uno dell'IVAWS (International Violence against Women Survey), secondo cui il rischio di essere vittima d'IPV in età adulta è una volta e mezza più alto nella popolazione che ha subito abusi sui minori (78%) rispetto a quella che non ne ha subiti (49%).

Le esperienze di maltrattamento infantile sono spesso associate ad altri tipi di violenza (nota come "polivittimizzazione") e sono note per avere effetti negativi duraturi sulla salute mentale delle vittime, è stato documentato infatti come esperienze d'IPV possano esacerbare sintomi del PTSD infantile.

Questo evidenzia quindi come le donne che subiscono abusi durante l'infanzia, oltre a violenze fisiche o sessuali in età adulta, presentano sintomi di PTSD più gravi rispetto a quelle che hanno subito solo vittimizzazione in età adulta, ciò è confermato da uno studio di Wuest et al. che mostra come sia il maltrattamento infantile che l'IPV contribuiscano in modo significativo e indipendente ai sintomi del PTSD in età adulta.

Queste evidenze suggeriscono come le donne polivittimizzate siano particolarmente vulnerabili e abbiano bisogno di un supporto specifico e adeguato per affrontare il trauma (Wuest et al. 2011),

Solo pochi studi, per lo più condotti nell'ultimo decennio hanno esaminato l'influenza di altre forme gravi di maltrattamento, come la trascuratezza e l'abuso psicologico infantile, trovando anche in questi casi associazioni significative tra questi tipi di esperienze traumatiche e l'IPV (Widom et al., 2014).

Altri potenziali fattori di rischio per l'IPV includono i domini internalizzante ed externalizzante: per quanto riguarda il polo internalizzante, la maggior parte degli studi ha evidenziato come la depressione possa essere un fattore di rischio (Lehrer et al., 2006); gli stessi Iverson e colleghi (2011) infatti hanno sostenuto come i sintomi depressivi

(senso di colpa/impotenza) possano aumentare il rischio di diventare una vittima, compromettendo la capacità di riconoscerne i possibili autori.

Rispetto al polo esternalizzante i problemi di condotta/comportamenti antisociali risultano essere un fattore principale per l'individuazione di partner potenzialmente maltrattanti.

Ultimi fattori che sono stati indagati in quanto fattori di rischio sono:

-L'insoddisfazione coniugale, che sembra essere un predittore prossimale della violenza (Capaldi et al., 2012)

-La correlazione tra l'uso di alcol e droghe e l'IPV, con alcuni studi longitudinali che mostrano un'associazione tra essi; in particolare, l'uso di droghe pesanti da parte delle donne è associato a una maggiore probabilità di subire violenza da parte del partner nelle relazioni d'intimità nei 12 mesi successivi (Testa, Livingston, & Leonard, 2003).

Secondo l'OMS (2016), i fattori che sono associati a un maggior rischio di avere una relazione violenta in futuro includono: violenza tra i genitori, abusi durante l'infanzia e atteggiamenti di accettazione della violenza e della disuguaglianza di genere all'interno del nucleo familiare dei bambini.

Per quanto riguarda il partner violento dal lavoro di Schumacher et al. si possono evidenziare alcuni dei principali fattori di rischio per la perpetrazione d'IPV: il consumo di alcol risulta uno dei fattori chiave del comportamento aggressivo, le ricerche hanno rilevato infatti livelli più elevati di violenza da parte di partner intimi che bevono molto; una parte consistente dei casi d'IPV si verifica dopo aver bevuto.

È stato dimostrato come l'alcol abbia una chiara correlazione con la gravità dell'aggressione. La compromissione del pensiero razionale e delle risposte emotive causate dall'alcol, definiti effetti "farmacologici", diminuisce la capacità dell'aggressore di disinnescare i conflitti e gestire l'uso della forza fisica.

A breve termine quindi l'alcol può provocare una sensazione di euforia e una diminuzione dell'inibizione, che può portare a comportamenti aggressivi o sconsiderati.

In uno studio condotto da O'Leary et al. (O'Leary, K. Daniel & Schumacher, Julie; 2004), sono state esaminate 848 coppie a cui sono state somministrate la Conflict Tactics Scales (CTS), l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e l'Adverse Childhood Experiences (ACE).



I risultati hanno mostrato come:

-L'uso problematico di alcol da parte del marito è associato positivamente alla violenza unidirezionale diretta verso la donna.

-L'uso problematico di alcol da parte della moglie non sembra essere correlato alla violenza unidirezionale verso il compagno.

Altri fattori di rischio individuati da O'Leary et al. per la violenza unidirezionale da parte dell'uomo sono gli abusi infantili subiti dalla donna e i livelli d'impulsività del marito.

Il forte legame tra alcol e violenza domestica ha spinto l'OMS, nel 2009, a riconoscere l'alcol come un importante fattore di rischio per la violenza domestica. Tuttavia, afferma Lori Heise, "c'è poco lavoro di ricerca sugli effetti dell'alcol sulla violenza, probabilmente in parte perché si teme che questo lavoro possa essere usato impropriamente per trovare l'uso di alcol come una giustificazione per la violenza contro le donne".

La valutazione accurata dei fattori di rischio coinvolti nella violenza intima può rivelarsi preziosa nella progettazione di programmi di screening e intervento efficaci. Inoltre, l'identificazione dei fattori che contribuiscono alla persistenza del fenomeno può portare a interventi di prevenzione mirati e personalizzati (Crowne et al., 2011).

### **1.5.2 Fattori di protezione**

Mentre i fattori di rischio dell'IPV sono stati ampiamente studiati i fattori protettivi risultano ancora poco conosciuti; la ricerca in questo campo però risulta fondamentale per comprendere meglio come prevenire e contrastare questa forma di violenza.

Tra i fattori protettivi troviamo il supporto sociale (Benight & Bandura, 2004; R. Campbell et al., 1995), infatti poter contare su persone care esterne alla coppia come amici, colleghi, parenti contribuisce alla realizzazione personale della donna al di là della relazione stessa (Zink et al., 2006), con una conseguente capacità di rivalutare la propria condizione trovando anche nuovi significati per il sé all'esterno.

In uno studio di Krauss et al., le donne esposte a violenza che hanno mantenuto legami di sostegno hanno avuto meno probabilità di sviluppare i tipici effetti negativi sulla salute mentale della violenza subita (Krauss et al., 2016).

In uno studio condotto da H. Dhouib e S. Omri, è emerso come tra le donne vittime d'IPV sia comune avere una bassa autostima (H. Dhouib, S. Omri; 2021).

È probabile che le vittime di violenza si sentano in colpa e si vergognino di essere state maltrattate (Lindgren & Renck, 2008).

Purtroppo, questo può contribuire a creare un circolo vizioso poiché le vittime che hanno un'immagine negativa di sé risultano meno propense a prendere provvedimenti uscire dalle relazioni di abuso (Clements & Sawhney, 2000; Umberson, Anderson, Glick e Shapiro, 1998). Inoltre, l'autostima può essere danneggiata se i conoscenti o i professionisti incolpano la vittima per non aver impedito l'abuso (Eddleson, 1998), questo tipo di reazioni sociali negative sono probabilmente legate a molti dei problemi di salute mentale che la donna esperisce successivamente alla violenza come la depressione o l'ansia, comuni tra le vittime d'IPV.

Un altro fattore protettivo è la resilienza, definita da Ungar come "la capacità degli individui che si trovano ad affrontare circostanze avverse di mettere in atto comportamenti che li indirizzano verso le risorse di cui hanno bisogno per raggiungere il benessere psicologico".

## CAPITOLO 2

### TRAUMA, DISREGOLAZIONE EMOTIVA E AUTOSTIMA

#### 2.1 Trauma

Il termine trauma è strettamente legato alla medicina e originariamente si riferiva a una "ferita con lacerazione". La parola trauma deriva dal greco antico τραῦμα (-ατος), che significa ferita, e la sua radice trō- richiama il verbo "trafiggere". In seguito, il termine è stato utilizzato per indicare le conseguenze sul corpo di una ferita causata da un evento estremamente traumatico, per cui per molto tempo si è pensato erroneamente che solo il corpo potesse essere segnato da eventi negativi. In psicoanalisi, il termine è stato ripreso per indicare gli effetti di un evento traumatico sulla psiche che possono essere altrettanto devastanti (Fabozzi, 2009).

Il trauma della psiche, definito come trauma psicologico o emotivo, è stato per molti anni poco considerato; solo recentemente è stato dato rilievo a questo tipo di trauma, definendolo come: "un evento caratterizzato da un'intensità percepita dall'individuo come superiore alla sua capacità di risposta. Ciò provocherebbe un arousal (eccitazione) oltre il livello di tolleranza della persona che, non essendo in grado di elaborarlo, determinerebbe effetti patogeni con conseguente riorganizzazione psichica" (Laplanche e Pontalis, 1967).

La reazione di ogni individuo a un evento traumatico è unica; con un supporto adeguato, la maggior parte è in grado di riprendersi completamente o quasi e di non presentare problemi a lungo termine. Altre persone invece, dopo aver vissuto tale evento sviluppano deficit direttamente dopo l'accaduto o entro pochi mesi da esso.

Sebbene le esperienze traumatiche riguardino spesso eventi pericolosi per la vita della persona, qualsiasi situazione che faccia sentire una persona sola e completamente sopraffatta può essere traumatica, anche in assenza di lesioni fisiche.

Non sono solo gli eventi in sé a determinare quanto sia traumatico un evento, ma anche, soprattutto, l'esperienza emotiva dell'individuo colpito; infatti, spesso quanto più terrore e impotenza si sperimentano, tanto più è probabile che un individuo sia traumatizzato dall'evento.

Paul Briquet è stato uno sostenitori del fatto che gli eventi traumatici possano provocare non solo danni fisici, ma anche danni psicologici, a seguito di uno studio da lui condotto esaminando 87 casi d'isteria in bambini di età inferiore ai 12 anni; Briquet giunse alla conclusione che circa un terzo dei soggetti studiati era stato abitualmente maltrattato o spaventato. L'autore giunse alla conclusione che l'isteria era causata da emozioni violente, dolore prolungato e conflitti familiari in persone predisposte e ipersensibili.

Pierre Janet e Sigmund Freud sono altri autori che hanno contribuito alla comprensione del concetto di trauma e dei suoi effetti sulla salute mentale:

Il primo ha sottolineato come le esperienze traumatiche, e quindi l'esistenza di ricordi traumatici, siano un importante fattore eziologico; il secondo evidenzia come il trauma sessuale subito nella prima infanzia sia la causa principale dello sviluppo di sintomi isterici: infatti in *Eziologia dell'isteria* (1896) Freud specifica come il trauma sessuale tra gli 1 e gli 8 anni risulti una condizione necessaria per lo sviluppo dei sintomi isterici, sottolineando l'origine e le caratteristiche di tre diversi tipi di trauma:

- 1- Violenza isolata commessa da un parente estraneo
- 2- Violenza sessuale da parte di chi si prende cura di loro (genitori, parenti stretti)
- 3- Rapporto sessuale tra due bambini, di solito fratello e sorella, derivante dalla volontà di una persona terza.

In *"Confusione di lingue tra adulti e bambini"* (1932) Ferenczi rivalutò l'importanza traumatica della realtà esterna e sviluppò un'interpretazione unica e innovativa del complesso di Edipo, considerando non solo le fantasie e i comportamenti del bambino nei confronti del genitore, ma anche quelli del genitore nei confronti del bambino.

L'autore sottolinea come il conflitto e le angosce edipiche possano aggravarsi a causa della natura seduttiva del genitore, in particolare quando il caregiver fraintende le richieste affettive del figlio.

Winnicott definì il ruolo dell'ambiente primario come cruciale nel fornire un'esperienza modulante per la psiche, proteggendo il bambino da stimoli interni ed esterni dannosi, con la costruzione della cosiddetta "barriera protettiva intrapsichica".

Per Winnicott, i comportamenti autodistruttivi, definiti dall'autore "traumafilici" (tentativi di suicidio, violenza autoinflitta, promiscuità sessuale, ecc.), sono un tentativo disperato di controllare l'ansia prodotta dal trauma originario. Il trauma originario non può essere

ricordato o integrato nel senso di sé dell'individuo, dando luogo a quello che Khan (1963) ha definito "trauma cumulativo", che rende il soggetto particolarmente vulnerabile e indifeso nei confronti di qualsiasi esperienza potenzialmente traumatica nelle fasi successive dello sviluppo.

La capacità di riconoscere i traumi psicologici ed emotivi ha subito una rivoluzione nel corso degli anni, cruciale la "seconda ondata del femminismo" che negli anni '60 ha ampliato la nostra visione degli eventi traumatici includendone la violenza e l'abuso sessuale contro donne e bambini.

Inoltre, grazie alla possibilità di effettuare scansioni cerebrali con risonanza magnetica e TAC, oggi siamo in grado di osservare il cervello in azione, evidenziando come i traumi modifichino effettivamente la struttura e la funzione del cervello stesso.

Gli eventi potenzialmente traumatici possono essere causati da un singolo evento o da uno stress continuativo e costante.

Un evento potenzialmente traumatico ha maggiori probabilità di lasciare un individuo con un trauma emotivo e psicologico di lunga durata se:

L'individuo era impreparato all'evento

L'evento è accaduto all'improvviso

La persona si è sentita impotente

L'evento si è verificato ripetutamente (ad es. abuso di minori)

Se l'evento ha comportato una crudeltà estrema

Se l'evento si è verificato durante l'infanzia

Gli eventi potenzialmente traumatici sono definiti come "eventi contemporaneamente potenti e sconvolgenti che si intromettono nella vita quotidiana di un uomo o di una donna". Questi eventi possono avere un impatto diretto molto limitato sull'individuo stesso ma produrre comunque un trauma o portarne alla luce uno precedente.

L'impatto di un evento potenzialmente traumatico può essere correlato alle esperienze traumatiche passate, alla presenza di abilità di coping e al livello di supporto sociale ed emotivo al momento dell'evento.

Esempi di eventi e situazioni che possono portare allo sviluppo di un trauma psicologico possono essere:

- Catastrofi naturali come incendi, terremoti, tornado e uragani
- Violenza interpersonale come stupro, abuso di minori o suicidio di una persona cara o di un amico
- Coinvolgimento in un grave incidente stradale o sul lavoro
- Atti di violenza come rapine a mano armata, guerre o terrorismo

Tra le cause comunemente trascurate di potenziali traumi emotivi e psicologici possono esserci anche le seguenti:

- Rottura o divorzio di una relazione importante
- Un'esperienza altamente umiliante
- Chirurgia
- Cadute o lesioni dovute allo sport
- Morte improvvisa e inaspettata di una persona cara
- Diagnosi di una condizione pericolosa per la vita o invalidante

È importante notare che anche altre situazioni meno gravi, ma comunque stressanti, possono scatenare reazioni traumatiche.

### **2.1.1. Il trauma nelle donne vittime d'IPV**

Come accennato quindi, a differenza di un evento stressante che può essere affrontato dal soggetto mediante le abituali strategie di coping e di difesa, l'evento traumatico "costituisce un'esperienza stressante che va oltre la capacità dell'individuo di affrontarla senza conseguenze fisiche e psichiche dannose" (Reale, 2011).

I sintomi psicologici che le vittime di eventi traumatici sperimentano più frequentemente, quindi anche le donne vittime d'IPV, sono ansia, depressione e PTSD (Campbell, 2002; Devries et al., 2013; Hammen et al., 2009).

Quando si verifica un evento psicologicamente traumatizzante, come un atto di violenza o la minaccia di tale atto, inflitto direttamente all'individuo o indirettamente a un'altra persona (trauma vicario o mediato), si verifica una reazione di attivazione del sistema nervoso autonomo e del sistema endocrino (Pacella et al., 2013). Se questa attivazione persiste per molto tempo dopo l'evento traumatico, quindi oltre il tempo di recupero fisiologico, è possibile che l'individuo stia sperimentando un disturbo acuto da stress o un disturbo post-traumatico da stress.

I sintomi dei due disturbi sono praticamente identici, ma differiscono per insorgenza e durata (APA, 2013). Nel disturbo acuto da stress, devono essere presenti almeno nove sintomi caratteristici con esordio entro quattro settimane dall'evento traumatico e durata da tre giorni a un mese. Se i sintomi persistono per più di un mese, la diagnosi è di disturbo post-traumatico da stress (APA, 2013). Nel caso del disturbo post-traumatico da stress, l'esordio può avvenire subito dopo l'evento traumatico o mesi dopo.

Il DSM-5 (APA, 2013) riporta che la caratteristica essenziale del disturbo post-traumatico da stress:

**A. La persona è stata esposta a un evento traumatico in cui erano presenti entrambe le seguenti caratteristiche:**

1. la persona ha vissuto, ha assistito o si è trovata di fronte a uno o più eventi che hanno comportato la morte, o la minaccia di morte, o lesioni gravi, o una minaccia alla propria integrità fisica o a quella di altri;
2. la reazione della persona comprendeva paura intensa, senso d'impotenza od orrore.

**B. L'evento traumatico viene persistentemente rievocato in uno (o più) dei seguenti modi:**

1. ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, comprese immagini, pensieri o percezioni;
2. sogni ricorrenti e spiacevoli dell'evento;
3. comportarsi o sentirsi come se l'evento traumatico si stesse ripetendo (questo include la sensazione di rivivere l'esperienza, i deliri, le allucinazioni e gli episodi di flashback dissociativi, compresi quelli che si verificano al risveglio o in uno stato d'intossicazione);
4. intenso disagio psicologico in seguito all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o ricordano qualche aspetto dell'evento traumatico;
5. reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o ricordano qualche aspetto dell'evento traumatico.

**C. Evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e attenuazione della reattività generale (non presente prima del trauma), come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:**

1. sforzi per evitare pensieri, sentimenti o conversazioni associati al trauma;
2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;
3. incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;
4. marcata riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività significative;

5. sentimenti di distacco o di allontanamento dagli altri;
6. affettività ridotta (ad esempio, incapacità di provare sentimenti d'amore);
7. sentimenti di diminuzione delle prospettive future (ad esempio, aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio, dei figli o una durata di vita normale).

**D. Sintomi persistenti di aumento dell'eccitazione (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:**

1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno;
2. irritabilità o scoppi d'ira;
3. difficoltà di concentrazione;
4. ipervigilanza;
5. risposte esagerate all'allarme.

La durata del disturbo (sintomi ai criteri B, C e D) è superiore a 1 mese.

Il disturbo causa un disagio clinicamente significativo o una compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

L'incapacità di una persona di far fronte a un evento traumatico può avere un effetto sul suo sistema immunitario, che a sua volta può esporla a un rischio maggiore di deterioramento delle condizioni di salute o addirittura di sviluppare nuove patologie, inoltre i correlati cognitivo-comportamentali del PTSD, come l'uso di sostanze, che spesso accompagna questo disturbo, possono contribuire direttamente o indirettamente al deterioramento della salute dell'individuo.

La popolazione femminile, secondo uno studio di Goldstein (Goldstein et al., 2016), tende a sviluppare un disturbo da stress in misura doppia rispetto alla popolazione maschile: negli Stati Uniti, l'incidenza del PTSD secondo i criteri del DSM-5 è pari al 6,1% nelle donne e al 3,2% negli uomini.

### **2.1.2 Trauma e PTSD**

Le donne che subiscono abusi da parte del partner, come precedentemente sottolineato, hanno un rischio elevato di sviluppare un disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Questo disturbo deriva dall'interazione di due fattori fondamentali: un evento minaccioso per la vita (come gli episodi di violenza quotidiana a cui queste donne sono continuamente esposte) e le caratteristiche personali dell'individuo in termini di capacità di affrontare, elaborare e superare il trauma.



La prevalenza del PTSD tra le vittime d'IPV è elevata e va dal 45% all'84% (De Jonge et al., 2008); la gravità della violenza subita sembra essere significativamente e positivamente correlata all'intensità dei sintomi del PTSD (Woods, 2005). Inoltre, tra le donne che hanno subito violenza, i sintomi possono persistere a lungo anche dopo la fine della relazione di maltrattamento (Woods et al., 2005).

Uno studio di Pico-Alfonso (Pico-Alfonso et al., 2005) suggerisce che ci siano diversi fattori che aumentano la probabilità che le donne sviluppino un disturbo post-traumatico da stress in seguito a esperienze d'IPV:

In primo luogo, quando l'abuso sessuale si verifica in combinazione con altri tipi d'IPV il rischio di PTSD aumenta (Weaver et al., 2007); anche l'aggressione sessuale da parte di un partner predice il PTSD in misura maggiore rispetto all'aggressione sessuale da parte di un estraneo (Temple et al., 2007), in secondo luogo, sono rilevanti il tipo di abuso e il momento in cui esso avviene (cronico, recente).

Sebbene esistano fattori che possono ridurre la possibilità che le donne sviluppino PTSD dopo aver subito violenza, come il supporto sociale e uno stile di coping proattivo, l'intensa disperazione associata a questi eventi può portare anche al suicidio.

Uno studio condotto in Francia con 7.000 donne partecipanti ha evidenziato come la probabilità di comportamenti suicidari sia di 19 volte superiore entro pochi mesi dalla violenza fisica e di 26 volte dopo aver subito violenza sessuale.

Questi dati mostrano come le donne che subiscono gravi abusi hanno una probabilità 12 volte maggiore di tentare il suicidio rispetto a quelle che non ne sono state esposte.

### **2.1.3 Affetti legati al trauma**

Le persone che hanno subito un trauma, oltre a soffrire di PTSD, possono riportare difficoltà nella regolazione delle emozioni (APA, 2013).

Infatti, chi soffre di PTSD spesso utilizza strategie di gestione delle emozioni inefficaci, come l'evitamento e la soppressione di esse (Boden et al., 2013) quando, al contrario, un'adeguata gestione delle emozioni dovrebbe concentrarsi sulla risposta emotiva (Gross, J.J; 1998).

L'uso di strategie come l'evitamento e la soppressione emotiva (che comporta l'inibizione dell'espressione delle emozioni) è stato associato da alcuni studi a una maggiore gravità e mantenimento dei sintomi del PTSD (Ehlers & Clark, 2000; Boden et al., 2013), al

contrario la rivalutazione cognitiva è stata associata a una riduzione degli stessi sintomi (Boden et al., 2013; Shepherd & Wild, 2014).

La ricerca sulla violenza contro le donne ha indicato alcuni stati emotivi legati all'esperienza violenta e al conseguente disturbo da stress post-traumatico, come la paura, il senso di colpa, il terrore e la vergogna; questi sentimenti sono stati identificati come alcuni dei fattori che contribuiscono a mantenere la donna all'interno di una relazione violenta (Fugate et al., 2005; Moe, 2007; Kabile, 2012; Troisi, 2018).

La paura e il terrore sono gli stati emotivi maggiormente associati al PTSD (APA, 2000; Laufer & Solomon, 2009; APA, 2013), mentre il senso di colpa e la vergogna sono stati collegati alla sintomatologia post-traumatica (Lee & Scragg, 2001; Beck et al., 2011).

L'IPV richiede strumenti specifici per essere studiato e compreso e, sebbene la letteratura abbia evidenziato il ruolo fondamentale svolto da queste specifiche emozioni (vergogna, colpa e paura) nel mantenere le donne in uno stato di passività e confusione, troppo poca attenzione è stata finora dedicata alla costruzione di strumenti di verifica in grado di rilevare l'affettività post-traumatica.

Un nuovo strumento self-report - VITA Scale: Intimate Violence and Traumatic Affects Scale (Troisi, G.; 2018), il quale verrà sviluppato successivamente nel corso di questo lavoro, è stato quindi creato per valutare l'intensità degli affetti post-traumatici derivanti da IPV.

### **2.3 Regolazione e disregolazione emotiva**

Le definizioni di Thompson (1994) e Gross (1998) riguardanti la regolazione delle emozioni sono dominanti in letteratura:

Thompson definisce la regolazione emotiva come "costituita da processi intrinseci ed estrinseci responsabili del monitoraggio, della valutazione e della modifica delle reazioni emotive al fine di raggiungere i propri obiettivi".

Gross (1998b, p. 275), invece, sostiene come la regolazione emotiva sia "il processo attraverso il quale gli individui influenzano le emozioni che provano, quando le provano e come le sperimentano ed esprimono".

Emerge dalle due definizioni come la regolazione delle emozioni sia un processo complesso che coinvolge l'avvio, l'inibizione e la modulazione delle proprie emozioni in una determinata situazione.

Si ritiene che la regolazione adattiva delle emozioni sia necessaria per il funzionamento quotidiano (Freud, 1961; Gross & Munoz, 1995), infatti essa aiuta a mantenere l'individuo entro la cosiddetta "finestra di tolleranza".

In questa "finestra di tolleranza", le emozioni possono essere elaborate senza interrompere il funzionamento quotidiano, consentendo un funzionamento sociale ottimale (Schore, 2003).

Pertanto, la regolazione delle emozioni è un processo sfaccettato caratterizzato dalla consapevolezza, dall'identificazione e dall'espressione delle esperienze emotive, dalla capacità di prestare attenzione ai segnali contestuali, dalla capacità di controllare gli impulsi e dall'uso di strategie per regolare le emozioni di fronte all'attivazione di situazioni emotive.

Se le emozioni provate sono quindi sottoregolate possono essere vissute come intense e travolgenti (si parla d'ipereccitazione); se sono sovraregolate, le emozioni vengono soppresse e intorpidite (si parla d'ipoeccitazione).

La difficoltà nell'adottare strategie di regolazione delle emozioni per farle rimanere all'interno della cosiddetta "finestra di tolleranza" viene definita "disregolazione emotiva".

La disregolazione emotiva può inficiare il funzionamento quotidiano e manifestarsi in una serie di disturbi psicologici (Beauchaine, Gatzke-Kopp e Mead, 2007; Gross 1998b).

In letteratura troviamo un'ambiguità nella differenziazione tra la disregolazione delle emozioni e altri concetti legati alle emozioni, tra cui l'alessitimia.

L'alessitimia è un costrutto di personalità caratterizzato dall'incapacità di trovare le parole per esprimere, dare forma e prendere coscienza delle proprie esperienze emotive (Panayiotou & Constantinou, 2017; Sifneos, 1972), sebbene vi sia una certa sovrapposizione tra i costrutti di disregolazione emotiva e alessitimia, essi sono ampiamente considerati costrutti distinti che rappresentano domini di comportamento indipendenti.

Infatti, in un recente studio mediante analisi fattoriale, i ricercatori hanno trovato sostegno nel dimostrare come l'alessitimia e la disregolazione emotiva siano costrutti indipendenti con una minima sovrapposizione (Pandey, Saxena e Dubey; 2011).

La disregolazione emotiva è stata studiata anche in una serie di disturbi psicologici ed è stata associata a:

-Depressione (Joorman & Gotlib, 2010),

-Ansia (Coan & Allen, 2004),

-Disturbo post-traumatico da stress (Boden et al., 2013)

-Disturbo borderline di personalità (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gunderson., 2006)

Una recente meta-analisi ha rilevato che il disturbo post-traumatico da stress, indipendentemente dal tipo d'incidente traumatico che lo genera, è caratterizzato da una generale disregolazione delle emozioni.

Più recentemente, la disregolazione emotiva è stata studiata anche in relazione ai MUS (sintomi medicalmente inspiegabili).

I MUS sono stati definiti come "sintomi fisici che spingono il paziente a cercare assistenza sanitaria, ma che rimangono inspiegabili dopo un'adeguata valutazione medica" (Richardson & Engel, 2004).

I MUS possono simulare disturbi fisici ma, quando vengono indagati, non esiste una spiegazione medica convenzionale che li spieghi; pertanto, sono ampiamente considerati di natura psicologica; in letteratura quindi il termine viene quindi utilizzato per indicare sintomi specifici che si manifestano in assenza di una patologia evidente.

I deficit nella regolazione delle emozioni sono stati riconosciuti come causa di MUS in diversi modelli teorici, tra cui quelli psicodinamici e cognitivi (Waller & Scheidt, 2006).

In psicodinamica questi sintomi sono visti come il risultato di disturbi nella regolazione cosciente delle emozioni come conseguenza di esperienze traumatiche.

Le teorie cognitive suggeriscono che, in risposta a situazioni stressanti, alcuni individui hanno difficoltà a regolare le emozioni a livello cognitivo, traducendole quindi a livello fisiologico in modo esagerato (Martin e Pihl, 1985, 1986).

### **2.3.1 Disregolazione emotiva e consumo di alcool**

La letteratura che si occupa della mancanza di controllo delle emozioni nel contesto della violenza domestica si è concentrata principalmente sui perpetuanti, con i ricercatori che suggeriscono che la disregolazione emotiva sia un antecedente dell'aggressività e del comportamento violento (Robertson, Daffern e Bucks, 2012).

La disregolazione delle emozioni, infatti, è associata a comportamenti esternalizzanti, come la perpetrazione d'IPV (Shorey et al., 2011).

Tra gli studenti universitari la difficoltà nella regolazione delle emozioni è stata fortemente associata alla perpetrazione di violenza sia psicologica che fisica da parte di soggetti di sesso maschile e femminile (Shorey et al., 2011a).

Alcuni ricercatori hanno concettualizzato la perpetrazione della violenza come un tentativo di migliorare l'esperienza di emozioni negative (O'Neil & Harway, 1997), in effetti l'espressione di emozioni negative è stata una motivazione citata per la perpetrazione d'IPV in un campione di uomini arrestati e condannati per violenza domestica (Elmquist et al., 2014).

Tuttavia, la relazione tra la disregolazione emotiva e la perpetrazione d'IPV potrebbe non essere diretta. I ricercatori hanno chiesto di ampliare i modelli di violenza che esaminano la disregolazione emotiva per includerne possibili mediatori, come l'uso di alcol (Ortiz, Shorey e Cornelius, 2015).

I ricercatori hanno iniziato a concettualizzare il consumo di alcol come una "strategia overt" per la regolazione delle emozioni (Aldao & Dixon-Gordon, 2014), le "strategie overt" si riferiscono a quei comportamenti messi in atto dagli individui per regolare le emozioni se mancano le risorse interne per farlo; pertanto chi non riesce a gestire le proprie emozioni negative può essere più propenso a cercare metodi di regolazione esterni, come l'uso di alcol per far fronte a un'esperienza interna opprimente.

La ricerca ha trovato un'associazione tra il consumo di alcol e la perpetrazione d'IPV (Foran & O'Leary, 2008) tra le popolazioni universitarie, comunitarie e in età clinica (Crane, Godleski, Przybyla, Schlauch e Testa, 2016), infatti le IPV psicologiche e fisiche avevano maggiori probabilità di verificarsi nei giorni in cui si beveva rispetto ai giorni in cui non si beveva.

Ciò è coerente con la letteratura sperimentale: una metanalisi di 22 studi sperimentali ha rivelato un effetto dell'alcol sull'aggressività maschile-femminile, per cui gli uomini a cui è stato somministrato alcol hanno mostrato un aumento dell'aggressività nei paradigmi di laboratorio rispetto agli uomini che non erano sotto l'influenza dell'alcol (Crane et al., 2016).

Uno studio condotto da Ortiz et al., ha riscontrato come la disregolazione emotiva sia correlata all'uso di alcol e ai problemi, che sono correlati alla perpetrazione di aggressioni psicologiche, le quali, a loro volta, predicono la perpetrazione di aggressioni fisiche (Ortiz et al., 2015). Infatti, l'aggressione psicologica è spesso un precursore dell'aggressione fisica e l'aggressione psicologica può quindi mediare la relazione tra l'uso di alcol e la perpetrazione di aggressioni fisiche (Baker & Stith, 2008).

### **2.3.2 Disregolazione emotiva e PTSD**

La ricerca ha suggerito come le donne che subiscono violenza da parte del partner spesso abbiano difficoltà a elaborare e gestire le proprie emozioni, il che le porta a ricorrere a comportamenti di coping come la dissociazione, l'abuso di sostanze e l'autolesionismo al fine di ridurre la sensazione di angoscia o tristezza.

Più recentemente è stato osservato che esiste una difficoltà generale nella regolazione delle emozioni tra le donne adulte con sintomi di PTSD vittime d'IPV che potrebbe derivare da abusi infantili.

In questo contesto non si può dimenticare che l'esposizione a esperienze traumatiche multiple influisce pesantemente sulla capacità di recupero da eventi traumatici successivi; questo fatto è evidente anche nelle donne rivittimizzate che presentano maggiori difficoltà nell'identificare e gestire i propri stati emotivi; l'intorpidimento emotivo, infatti, è altamente caratteristico di questi casi (Krause E.D., Kaltman S., Goodman L., Dutton M.A.; 2006).

La rivittimizzazione, infatti, è molto frequente: tra il 22% e il 46% delle vittime soffre di continue esperienze traumatiche di abuso, il che le rende fino a 4-5 volte più soggette a essere vittime nuovamente di un episodio di vittimizzazione psicologica e/o fisica da parte dello stesso o di diversi partner nei 6 mesi successivi al precedente episodio di abuso (Iverson K.M., Litwack S.D.; 2013.).

Tuttavia, il numero di studi che esaminano la relazione diretta tra le difficoltà di regolazione delle emozioni tra le vittime e il PTSD risulta ancora molto limitato (Lilly M.M., London M.J., Bridgett D.J.; 2014).

### **2.3.3 Disregolazione emotiva all'interno della coppia**

Scott, DiLillo, Maldonado e Watkins (2015) hanno suggerito come coloro che si impegnano nella soppressione delle emozioni (strategia negativa) siano più aggressivi rispetto a coloro che si impegnano nella rivalutazione cognitiva (strategia positiva); è stato inoltre dimostrato che il miglioramento delle abilità di regolazione delle emozioni possa ridurre le esperienze di violenza.

Un altro studio che ha valutato le coppie appena sposate ha rivelato che la capacità di regolare le emozioni negative è associata a una minore violenza fisica nell'ultimo anno (McNulty & Hellmuth, 2008).

Le ricerche che esaminano altri tipi d'IPV oltre alla violenza fisica, tra cui la violenza psicologica e sessuale, sono scarse ma indicano una relazione simile (Harper, Austin, Cercone, & Arie, 2005; Shorey et al., 2011).

A conferma di ciò, Shorey e colleghi (2011) hanno riscontrato che sia le donne che gli uomini con difficoltà di regolazione emotiva sono risultati più abusanti psicologicamente nei confronti dei loro partner rispetto ai soggetti senza questo disturbo; per gli stessi uomini, questa difficoltà era associata a una maggiore perpetrazione di abusi sessuali.

Data la complessità del costrutto sono pochi gli studi che indagano la mancanza di controllo emotivo nelle donne vittime di violenza, inoltre anche gli studi sui maltrattanti spesso non danno risultati concordanti.

Sebbene la regolazione delle emozioni sia spesso concettualizzata come una variabile a livello individuale è probabile che vi siano processi diadici che entrano in gioco nella relazione di coppia, il che potrebbe rendere la regolazione emotiva una variabile relazionale importante da considerare quando si esamina la violenza del partner.

A sostegno di questa idea c'è uno studio condotto da Ben-Naim et al. (2013) su coppie conviventi, in cui i ricercatori hanno manipolato sperimentalmente le strategie di regolazione emotiva del partner in un ambiente di laboratorio:

- positivo (cioè la riappropriazione cognitiva),
- negativo (cioè soppressione);

Hanno scoperto che la manipolazione di queste strategie di regolazione influenzava l'emotività di entrambi i partner durante un'interazione conflittuale, ciò suggerisce che gli individui non siano influenzati solo dalla propria capacità di regolare le emozioni, ma anche da quella del partner.

Tuttavia, finora nessuna ricerca ha esaminato la relazione tra disregolazione emotiva e IPV utilizzando una prospettiva diadica (cioè valutando la disregolazione emotiva in entrambi i partner) sebbene questa prospettiva risulti fondamentale in quanto la regolazione emotiva è profondamente presente in tutti i processi sociali; i partner, infatti, si impegnano nella regolazione emotiva diadica e le loro emozioni sono influenzate dai feedback reciproci (Zaki & Williams, 2013).

Una recente ricerca sull'intelligenza emotiva (EI) nelle coppie stabili ha rivelato che le coppie con entrambi i partner con un basso EI hanno ottenuto risultati scarsi in termini di soddisfazione relazionale, mentre le coppie in cui entrambi i membri avevano un alto

punteggio d'IE erano indistinguibili da quelle in cui solo uno dei due partner aveva un alto punteggio d'IE (Brackett, Warner e Bosco, 2005).

Sorprendentemente, quindi, gli autori dello studio hanno ipotizzato un cosiddetto "effetto soglia", in cui un solo partner con alti livelli d'intelligenza emotiva era sufficiente per assicurarsi che la relazione sentimentale rimanesse soddisfatta. Si ritiene quindi che un processo simile possa operare anche con la disregolazione emotiva, poiché l'intelligenza emotiva e la regolazione emotiva sembrano essere costrutti simili che si concentrano entrambi sulla gestione delle emozioni.

## **2.4 Autostima**

L'autostima si riferisce al senso generale che una persona ha del proprio valore, può essere vista come una sorta di misura di quanto una persona "apprezza, approva, premia o ama sé stessa" (Adler & Stewart, 2004).

Secondo Morris Rosenberg, l'autostima è semplicemente l'atteggiamento di una persona nei confronti di sé stessa, descrivendola come un "atteggiamento favorevole o sfavorevole nei confronti del sé".

Si ritiene che vari fattori possano influenzare la nostra autostima, tra cui: la genetica, la personalità, le esperienze di vita, l'età, la salute, i pensieri, le circostanze sociali, l'abitudine a confrontarsi con gli altri.

Un aspetto importante da sottolineare è che l'autostima non è fissa; essa, infatti, è malleabile e misurabile, il che significa che possiamo testarla e, soprattutto, migliorarla. L'autostima è in parte ereditabile, ma dipende anche dall'approvazione ricevuta nell'infanzia e dalla fiducia in sé stessi generata dall'interazione con la famiglia, i coetanei e gli altri (Baumeister et al., 2003).

Le persone con un'alta autostima tendono ad avere un concetto di sé più chiaro, sono meno vulnerabili alla depressione e all'ansia e sono più propense a vedere il lato positivo delle cose e a perseverarsi di fronte al fallimento.

La relazione tra autostima e depressione risulta evidente:

Una serie di articoli di Brown et al. (1990) ha documentato il ruolo dell'autostima non solo nel predire la depressione clinica, ma anche la sua influenza durante il recupero.

La relazione tra autostima e depressione sembra essere bidirezionale: i sintomi della depressione riducono a loro volta l'autostima (Shahar e Davidson, 2003).



Il legame tra autostima e depressione può essere influenzato da processi di pensiero perseveranti come la ruminazione, quest'ultima è una strategia di coping usata prevalentemente in risposta a pensieri automatici negativi che solitamente consiste nel contemplare ripetutamente gli errori del passato, le proprie mancanze, l'umore negativo e i pensieri pessimistici sul futuro.

La ruminazione autocritica è definita come “la focalizzazione dell'attenzione specificamente sui pensieri autocritici e sui casi passati di fallimento” e sembra essere correlata a una bassa autostima (Kolubinski et al., 2019). Inoltre, una ricerca trasversale sulla relazione tra autostima e ruminazione suggerisce che l'autostima è correlata negativamente con la ruminazione, con correlazioni che vanno da -0,37 a -0,56 (Kuster et al., 2012).

Questi risultati suggeriscono come la ruminazione svolga un ruolo importante sia nello sviluppo che nel mantenimento di una bassa autostima.

I risultati relativi all'interazione tra autostima e salute fisica sono stati meno consistenti: Baumeister et al. (2003) hanno esaminato la letteratura e concluso che l'autostima ha un'associazione variabile con il fumo, l'abuso di alcol, l'uso di droghe e il comportamento sessuale.

Uno studio epidemiologico ha rilevato un aumento del rischio di due volte per tutte le cause di mortalità in un periodo di 10-15 anni nei soggetti con bassa autostima; questa relazione sembra essere ampiamente mediata dalla disperazione (Stamatakis et al., 2004). Sono state studiate anche le relazioni tra autostima e misurazioni biologiche:

Pruessner et al. (2005) hanno evidenziato come i livelli di autostima siano correlati al volume dell'ippocampo attraverso l'uso della risonanza magnetica in una popolazione eterogenea.

Tuttavia, la presenza di questa associazione (tra volume dell'ippocampo e autostima) in un ampio spettro di età potrebbe significare che i cambiamenti nel volume dell'ippocampo precedono le differenze nell'autostima piuttosto che il contrario, per cui la direzione causale rimane incerta.

Reitzes e Mutran (2006) hanno riscontrato come l'autostima possa predire i cambiamenti di salute, nell'arco di due anni, in un campione di 737 persone anziane e adulte, mentre un'analisi del Dunedin Health and Development ha mostrato che bassi livelli di autostima negli adolescenti predicano una peggiore salute fisica all'età di 26 anni (Trzesniewski et

al., 2006); pertanto, ci sono prove preliminari che l'autostima sia un costrutto rilevante anche per la salute fisica.

Possono esistere anche legami psicobiologici diretti tra l'autostima e la salute. Gli studi si sono concentrati principalmente sulle risposte cardiovascolari e neuroendocrine allo stress. Albert et al. (1995) hanno studiato come l'autostima in un piccolo campione di popolazione di 70 anni fosse inversamente associata alle risposte del cortisolo in un compito di simulazione di guida, similmente è stato osservato ciò anche in relazione alla reattività cardiovascolare (Hughes, 2007).

I ricercatori hanno misurato i livelli di autostima prima che i partecipanti eseguissero un compito di abbinamento d'immagini; è stato poi fornito un feedback che confrontava le loro prestazioni con i punteggi medi. Il feedback è stato randomizzato in positivo, negativo o neutro. Il feedback negativo ha suscitato una risposta avversa, con una maggiore reazione cardiovascolare nei soggetti con bassa autostima.

L'autostima globale predice anche il benessere psicologico, la teoria del self-enhancement considera infatti l'autostima come una motivazione umana fondamentale che guida ogni individuo nelle sue azioni e decisioni.

Il disagio psicologico è quindi visto da Rosenberg come "la conseguenza del desiderio comune a tutti di proteggere e migliorare la propria autostima, che può portare a un senso di frustrazione" (Rosenberg et al., 1995).

L'autostima è abbastanza stabile nel tempo e nelle situazioni, ma generalmente aumenta dall'adolescenza alla mezza età, raggiungendo un picco intorno ai 50 anni, per poi diminuire con l'età, diventando progressivamente meno dipendente da fattori esterni e meno soggetta a cambiamenti nel corso della vita (Meier et al., 2011).

#### **2.4.1. Autostima e IPV**

La letteratura attuale descrive molteplici relazioni tra l'esposizione delle donne all'IPV e l'autostima.

Ad esempio, gli insulti del marito sull'aspetto fisico della moglie (IPV emotiva) sono risultati un forte predittore della diminuzione dell'autostima della donna. L'autostima sembra inoltre svolgere un ruolo di moderazione nella correlazione tra le avversità dell'IPV e i vari problemi di salute mentale delle vittime.

L'esposizione prolungata a violenze fisiche e psicologiche danneggia in modo permanente l'autostima delle donne.

Considerando il ruolo importante che l'autostima svolge nelle dinamiche di vittimizzazione dell'IPV, è necessario fare chiarezza su questo costrutto in questo contesto specifico (IPV).

Ricerche precedenti hanno dimostrato come le donne maltrattate si incolpino per essersi trovate in questa situazione, andando a degradare ulteriormente la loro autostima (Gonzalez Guarda et al., 2013), gli abusanti inoltre utilizzano una serie di espedienti per erodere l'autostima della vittima rendendola così più vulnerabile all'abuso (González-Guarda et al., 2013).

L'abuso verbale può assumere una varietà di forme attraverso l'uso di un linguaggio dispregiativo: "perché sei così stronza, perché l'hai fatto?" e insulti come "sei assolutamente inutile, nessuno si preoccupa di te; nessuno vuole avere a che fare con te; non gli importa se muori, potresti morire domani e tutti non se ne accorgerebbero".

L'effetto degli abusi psicologici, intimidatori e verbali crea un deterioramento del sé che ha un'ampia ripercussione sulla salute mentale delle donne, compresa l'erosione dell'autostima, dell'autoefficacia e del benessere mentale generale; vivere con un partner violento espone quindi la donna a continui attacchi alla sua identità e alla sua autostima, erodendo anche la capacità/volontà della donna di prendersi cura del proprio corpo.

Anche le aspettative culturali possono amplificare il calo di autostima della donna all'interno di una relazione abusiva, in quanto le aspettative culturali di una donna economicamente indipendente, che non si realizzano, possono creare un ulteriore senso di fallimento.

Secondo uno studio di Papadakaki et al. una bassa autostima può portare le donne a dubitare di sé stesse, favorendo il mantenimento di relazioni con l'aggressore.

Poiché le ricerche precedentemente riportate suggeriscono che l'autostima è correlata al benessere psicologico ma anche a vari problemi psicologici (Sowislo e Orth, 2013), una bassa autostima può quindi rappresentare una vulnerabilità a problemi o disturbi come la depressione, l'ansia sociale, i disturbi alimentari e l'uso di sostanze (Sowislo e Orth, 2013),

Un'elevata autostima, al contrario, può aiutare la donna a evitare di sperimentare effetti depressivi a lungo termine causati dall'abuso (Carlson, McNutt, Choi e Rose, 2002).

## **CAPITOLO 3**

### **LE TEORIE DELL'AUTOSTIMA**

#### **3.1 Teoria della gestione del terrore (TMT)**

Greenberg e altri nel 1997 hanno sviluppato la Terror Management Theory (TMT) o Teoria della Gestione del Terrore, che si basa in gran parte sugli scritti di Ernest Becker (1962, 1973, 1975), nata come spiegazione psicosociale dell'origine del pregiudizio e che ha poi assunto varie implicazioni.

La Terror Management Theory (TMT) postula che quando gli individui sono resi consapevoli della loro mortalità, cercheranno di trascenderla affermando la loro visione culturale del mondo (M.B.Smith, 1978); di conseguenza, nelle situazioni in cui ci si trova a riflettere sulla propria morte, si tenderà a mostrare pregiudizio verso coloro che minacciano quella visione culturale e ad apprezzare coloro che la sostengono.

Infatti, gli esseri umani possiedono il cosiddetto desiderio di autoconservazione, che permette di preservare la propria vita evitando situazioni potenzialmente pericolose; questo desiderio, peculiare di ogni individuo, spinge quest'ultimo a sperimentare l'ansia di annientamento ogni volta che si trova in pericolo di vita (Becker, 1962, 1973; Sullivan, 1953).

Gli esseri umani possiedono anche specifiche capacità cognitive che permettono loro di considerare l'eventualità e l'inevitabilità della propria morte.

L'ansia da annientamento, combinata con la consapevolezza della propria mortalità, può portare un individuo a sperimentare il "terrore potenziale", cioè una paura opprimente causata dal pensiero della propria morte. Per gestire questo tipo di emozione spaventosa e potenzialmente devastante, è importante adottare misure adeguate; in questo modo l'individuo si immerge in una visione condivisa del mondo aderendo alle sue norme di valore (Harmon-Jones, E.; Simon, L; 1997).

Questa visione del mondo condivisa rappresenta un sistema di credenze filosofiche, religiose, scientifiche, politiche e sociali che vengono costruite all'interno di una cultura per dare ordine e significato alla realtà percepita e che vengono tramandate di generazione in generazione.

Queste costruzioni culturali si elevano al di sopra della materialità della vita quotidiana trascendono la vita degli individui; unendosi attorno a questa visione del mondo condivisa, ogni individuo è in grado di raggiungere una sorta d'immortalità, sia essa simbolica o fisica (Greenberg, J.; Pyszczynski, T.; Solomon, S; 1997).

La solidità e la stabilità di una visione culturale del mondo dipendono dalle convalide e dalle approvazioni che esse ricevono: sono rafforzate da coloro che le sostengono e indebolite da coloro che le contrastano. L'individuo è quindi motivato a sostenere la propria visione del mondo condivisa e a difenderla da coloro che potrebbero minarla.

Secondo la teoria di Greenberg, allora le persone hanno bisogno d'isolarsi dalla loro profonda paura di vivere una vita insignificante destinata a essere cancellata dalla morte; un modo per affrontare questa paura è assicurarsi di far parte di un gruppo importante (Greenberg, J.; Pyszczynski, T.; 1990).

Questo bisogno di fronte alla morte si traduce spesso in manifestazioni di pregiudizio basate sulla convinzione che il gruppo con cui ci si identifica sia superiore agli altri. In questo modo, le persone confermano la loro importanza, almeno per sé stesse (Becker, 1971, 1973).; gli individui sono poi motivati a sviluppare relazioni strette all'interno del loro gruppo culturale per convincersi che in qualche modo continueranno a vivere, anche se solo simbolicamente, dopo la loro inevitabile morte (Pyszczynski et al., 2004; Solomon et al., 2004)

Di conseguenza, la Terror Management Theory afferma che il pregiudizio è un effetto collaterale della lotta tra culture contrastanti, create per "negare" l'esistenza della morte. Greenberg e collaboratori (Greenberg, J.; Pyszczynski, T.; Solomon, S.; Rosenblatt, A.; Veeder, M.; Kirkland, S. 1990), hanno condotto diversi esperimenti con l'obiettivo di verificare se la salienza della propria morte attiva nell'individuo comportamenti di difesa della propria visione culturale del mondo: In uno di questi esperimenti, 22 giudici di tribunale municipale sono stati sottoposti a un test di personalità e alla metà di loro è stato chiesto di descrivere i propri sentimenti e pensieri in relazione alla morte.

Questo ha attivato la salienza della morte in un gruppo (gruppo sperimentale) e non in un altro (gruppo di controllo). Successivamente, tutti i giudici hanno dovuto decidere l'importo della cauzione per una donna accusata di prostituzione.

I risultati hanno mostrato come nel gruppo di controllo la cauzione media era di 50 dollari, mentre nel gruppo sperimentale di 450 dollari. Questo dimostra che i giudici a cui è stata stimolata la salienza della morte applicano valori più severi alla società giudicando più duramente il reato di prostituzione, come suggerito dalla teoria della gestione del terrore.

### **3.2 Anxiety Buffer Hypotesys**

Un altro fattore che può contribuire a tamponare l'ansia creata dalla consapevolezza della propria mortalità e vulnerabilità è l'autostima (Anxiety Buffer Hypotesys, Greenberg et al., 1992).

La letteratura correlazionale è ricca di associazioni positive tra l'autostima e vari indici di benessere mentale e fisico (ad esempio, Antonucci & Jackson, 1983; Hobfoll & Leiber mann, 1987; Lester, 1986) e di associazioni negative tra l'autostima e l'ansia (e i problemi correlati) (ad esempio, French, 1968; Lipsitt, 1958; Rosenberg & Simmons, 1972). Queste associazioni sembrano essere coerenti con l'idea che l'autostima svolga una funzione di attenuazione dell'ansia.

La ricerca sperimentale ha convalidato l'idea che una maggiore autostima aiuti a proteggere le persone dall'ansia e che, al contrario, qualsiasi minaccia all'autostima possa scatenare l'ansia; infatti, diversi studi che incorporano sia test di autovalutazione che indicatori fisiologici hanno corroborato questa ipotesi (ad esempio, Bennett & Holmes, 1975; Burish & Houston, 1979).

Quando sono minacciati, le persone dovrebbero mettere in atto strategie per difendere o ripristinare l'autostima; in effetti, esistono numerose prove che dimostrano come le minacce all'autostima producono effettivamente reazioni difensive per disinnescare la minaccia specifica o per ripristinare un senso più generale di autostima.

Questo forte legame tra il senso di autostima e la protezione dall'ansia è legato alle relazioni primarie di un individuo con i propri genitori e altri caregiver durante l'infanzia. Diversi teorici concordano sul fatto che la prima infanzia è un periodo critico per i bambini, in quanto sono ancora piuttosto vulnerabili e bisognosi dell'amore e della protezione dei genitori. Il soddisfacimento dei bisogni in questo periodo dello sviluppo getta le basi per la sicurezza del bambino virtualmente indifeso (Bowlby, 1969; Horney, 1937; Rogers, 1959; Sullivan, 1953). Nel corso dello sviluppo, questo soddisfacimento dei bisogni da parte dei caregiver primari diventa sempre più subordinato al rispetto delle norme di valore imposte dai genitori e dalla società in cui il bambino è immerso; svilupperà quindi l'aspettativa che, finché si comporterà bene, i genitori (apparentemente onnipotenti) saranno in grado di tenerlo al sicuro da qualsiasi cosa accada; se si comporterà male, invece, rischierà di perdere questa protezione e persino di andare incontro a terribili conseguenze.

Tuttavia, con l'aumentare delle capacità cognitive, il bambino inizierà a rendersi conto che ci sono esiti da cui i genitori non possono proteggerlo; infatti, con la maturazione,

diventerà consapevole della mortalità dei genitori e del fatto che essi non potranno proteggerlo per sempre da tutte le esperienze difficili che la vita ha da offrire, compresa la morte. Dovrà quindi sviluppare nuovi mezzi per affrontare il terrore dell'annientamento; non gli basterà essere amato da genitori mortali, ma dovrà trovare una base più alta di valore e protezione. Per superare i sentimenti di paura, gli individui devono essere in grado di avere fiducia nel proprio valore, coltivando così la propria autostima.

Coerentemente con questo ragionamento, Rochlin (1965) ha osservato in questa fase una trasformazione nei bambini dalla paura di essere abbandonati alla paura di non valere nulla. Come conseguenza di questa contingenza percepita, un concetto di sé positivo è associato a sentimenti di calore e sicurezza, mentre un concetto di sé negativo è associato al terrore (Becker, 1962, 1973; Sullivan, 1953). Infatti, poiché questi standard imposti vengono interiorizzati, questa contingenza porta a un'associazione tra la percezione di soddisfare gli standard di valore interiorizzati (autostima) e i sentimenti di sicurezza e protezione.

Questa associazione sarà direttamente rafforzata nel corso della vita attraverso le risposte degli altri individui al proprio comportamento.

Coerentemente con questa concettualizzazione dell'autostima come tampone dell'ansia, diversi ricercatori hanno scoperto che gli individui con un'autostima cronicamente bassa sono particolarmente inclini all'ansia (ad esempio, Bledsoe, 1964; French, 1968; Lipsitt, 1958; Rosenberg, 1965; Rosenberg e Simmons, 1972; Truax, Schuldt e Wargo, 1968; Winkler e Myers, 1963). L'autostima protegge quindi dall'ansia perché è il prerequisito per sentirsi amati, al sicuro e protetti; pertanto, come è stato concettualizzato dall'Anxiety Buffer Hypothesis (ABH; Greenberg et al., 1992), lo stress e le minacce della vita possono avere effetti psicologici dannosi sugli individui che possono essere tamponati dall'autostima.

### **3.3 TMT e ABH a confronto**

La TMT (Terror Management Theory) e l'ABH (Anxiety Buffer Hypothesis), come detto, sono due teorie psicologiche che descrivono come la consapevolezza della morte influisca sulla nostra psicologia e sul nostro comportamento.

Differenze:

1. La TMT sostiene che la consapevolezza della morte porta alla ricerca della trascendenza attraverso il sostegno dei valori culturali, mentre l'ABH sostiene che questa

consapevolezza può causare ansia e che una convinzione positiva sul sé può agire da cuscinetto per questa ansia.

2. La TMT sottolinea come la consapevolezza della morte influenzi il pregiudizio verso gli altri, mentre l'ABH sottolinea come l'appartenenza a gruppi sociali influenzi la percezione di sé.

Somiglianze:

1. Entrambe le teorie sostengono che la consapevolezza della morte influenza la psicologia e il comportamento umano.

2. Entrambe le teorie sostengono che l'appartenenza a gruppi sociali e l'adozione di valori culturali possono avere un impatto significativo sul modo in cui un individuo percepisce la propria mortalità e gestisce l'ansia associata.

3. Entrambe le teorie suggeriscono che la conoscenza di sé e l'espressione di sé possono essere importanti per gestire l'ansia e la consapevolezza della morte.

### **3.4 Anxiety Buffer Hypothesis e IPV**

In età adulta, quando questo meccanismo tampone dato dall'autostima non funziona come dovrebbe, l'ansia esistenziale e la paura della morte contribuiscono allo sviluppo di sintomi psicopatologici (ad esempio, PTSD) (Abdollahi et al., 2011; Kesebir et al., 2011). L'ABH propone come l'autostima possa avere un effetto protettivo sulla salute mentale, agendo da cuscinetto contro gli effetti negativi delle esperienze traumatiche. Questa teoria suggerisce come una visione positiva di sé possa prevenire lo sviluppo di disturbi psicologici, come il PTSD, dopo un evento traumatico, come gli eventi di violenza intima. In conclusione, l'ABH e l'IPV sono due concetti importanti che interagiscono e che meritano ulteriori ricerche per comprendere meglio il loro legame e sviluppare quindi interventi volti a prevenire e trattare gli effetti negativi dell'IPV sulla salute mentale e fisica delle vittime.

Per indagare il legame tra ABH e IPV, è stato condotto uno studio su un campione di donne che avevano subito IPV.

È stato utilizzato un questionario per valutare i livelli di autostima e di PTSD, per poi utilizzare i dati emersi per verificare se l'autostima agisse effettivamente come fattore protettivo contro l'insorgenza di questo disturbo.

I risultati emersi suggeriscono come le donne con livelli più elevati di autostima abbiano una minore probabilità di sviluppare il PTSD rispetto a quelle con livelli più bassi.



Inoltre, è stato osservato che le donne con livelli più elevati di autostima presentano sintomi di PTSD meno gravi rispetto a quelle con livelli più bassi.

In conclusione, i risultati dello studio supportano la tesi che l'autostima possa agire come fattore protettivo contro il PTSD in seguito all'esperienza d'IPV.

L'autostima è stata al centro di vari studi nel mondo scientifico, in particolare in relazione agli eventi traumatici.

L'Anxiety Buffer Hypothesis infatti ha evidenziato l'effetto positivo dell'autostima sul benessere degli individui, in quanto l'autostima rappresenterebbe uno scudo contro l'angoscia e la paura della morte che caratterizzano le esperienze traumatiche.

Nonostante ciò, solo pochi studi hanno indagato il ruolo dell'autostima, secondo l'Anxiety Buffer Hypothesis, nelle donne vittime d'IPV (ad esempio, Kesebir et al., 2011).

I risultati emersi da un recente studio (A.A.Rossi, Taccini, F.) suggeriscono come l'autostima possa svolgere un ruolo importante nel benessere delle vittime d'IPV e di come queste implicazioni debbano essere affrontate in ambito clinico, pochi studi infatti hanno dimostrato i potenziali effetti benefici d'interventi psicologici incentrati sull'autostima con individui che hanno vissuto esperienze traumatiche (Cloitre et al., 2002; Crespo & Arinero, 2010; Ford et al., 2011; Sáez et al., 2021; Zlotnick et al., 1997). Matheson et al. inoltre, hanno sottolineato l'importanza di aumentare l'autostima nelle vittime d'IPV. L'abuso del partner, infatti, può danneggiare il senso d'identità e l'autostima di una persona, rendendo necessaria una nuova definizione e comprensione di sé e della propria autostima (Matheson et al., 2015).

Tuttavia, a nostra conoscenza, gli interventi psicologici per le donne vittime d'IPV che si concentrano specificamente sull'autostima sono scarsi. Pertanto, gli interventi per questa popolazione dovrebbero includere un focus specifico su questo costrutto psicologico, considerando le devastanti implicazioni dell'abuso sull'autostima e sulla percezione dell'autostima.

È interessante notare, tuttavia, come ci siano pochissimi interventi psicologici disponibili per le donne vittime d'IPV che mirano specificamente alla loro autostima.

Per questo motivo, i programmi e le terapie ideati per questa popolazione dovrebbero concentrarsi su questo costrutto psicologico in quanto l'IPV può avere un effetto devastante sull'autostima e sulla percezione di sé da parte della vittima.

Un'alta autostima sembra proteggere le vittime d'IPV da sintomi psicologici negativi e modera la relazione tra la disregolazione emotiva e la riduzione del benessere.

## CAPITOLO 4

### RICERCA

#### 4.1 Progetto di ricerca

Questo lavoro fa parte di un progetto più ampio, intitolato: "Restare a casa al tempo del COVID-19: ricerca-intervento per le vittime di violenza domestica"

Questo studio è stato condotto per comprendere l'impatto psicologico che la violenza di genere ha avuto sugli individui durante la pandemia COVID-19 in Italia.

In effetti, la pandemia globale di COVID-19 ha cambiato drasticamente la vita delle persone, portando a un maggiore isolamento e a minori opportunità di socializzazione.

Ciò ha avuto un impatto significativo su varie sfere della vita, facendo emergere dati preoccupanti sul fenomeno della violenza del partner nelle relazioni d'intimità; infatti, i tassi d'IPV sono aumentati in modo significativo durante il periodo di lockdown (Barbara et al., 2020; Bradbury-Jones & Isham, 2020; Campbell, 2020; Istat, 2020).

Sebbene la violenza da partner nelle relazioni d'intimità colpisca sia uomini che donne, la ricerca ha indicato come essa si verifichi più frequentemente a scapito di soggetti di sesso femminile (Smith et al., 2018); inoltre un'analisi dei servizi designati per le vittime d'IPV ha indicato come non ci siano molti centri di supporto a livello nazionale che forniscono aiuto agli uomini maltrattati; per questo motivo il presente studio si è limitato a un'area specifica, concentrandosi esclusivamente quindi su partecipanti di sesso femminile.

Il progetto comprendeva:

1) Una fase di **valutazione**: attraverso la somministrazione di un questionario costituito da due componenti principali:

La prima consisteva in un questionario di 52 domande riguardante informazioni sociodemografiche e sulle esperienze di violenza da parte del partner; la seconda consisteva in test standardizzati (169 domande) che indagavano i sintomi di disagio psicologico, l'autostima, l'autoefficacia, l'alessitimia, l'impatto dell'evento traumatico, gli affetti da trauma, la disregolazione emotiva, la gravità e il tipo di violenza subita.

Gli strumenti utilizzati per analizzare questi costrutti sono: CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures), RSES (Rosenberg Self-Esteem

Scale), NGSES (New-General Self- 44 efficacy Scale), TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale), IES (Impact of Event Scale), VITA (Intimate Violence and Traumatic Affects Scale), DERS-SF (Difficulties in Emotion Regulation Scale – short form), CTS-2 (Conflict Tactic Scale) e PTSQ (Post-Traumatic Symptom Questionnaire).

2)Una fase successiva d'interventi **psicoeducativi** dedicati alle utenti dei CAV, che avevano partecipato alla prima fase e che erano disposti a continuare, la quale prevedeva 8 incontri psicoeducativi suddivisi in 8 moduli finalizzati a (1) gestione dei vissuti emotivi emersi con il blocco; (2) promozione delle abilità di gestione dei vissuti emotivi negativi e delle risposte comportamentali; (3) promozione delle risorse psicologiche e del self-empowerment nelle vittime d'IPV.

3)Una terza fase di **follow-up** per valutare, attraverso la risomministrazione dei questionari della prima fase, l'efficacia dell'intervento e il cambiamento.

L'intero progetto è stato approvato dal Comitato Etico della Ricerca dell'Università di Padova.

## **4.2 Metodo**

### **4.2.1 Procedura di reclutamento**

Nell'autunno 2020 è stata condotta una ricerca esplorativa per ottenere informazioni sulle offerte di aiuto che venivano fornite alle vittime d'IPV in tutta Italia.

Successivamente, con quanto emerso, sono stati contattati più di 70 CAV e rifugi collegati, i cui dettagli di contatto possono essere trovati sui siti web regionali.

La proposta di partecipare alla ricerca è stata inoltrata loro via e-mail e successivamente è stato fissato un incontro Zoom per una presentazione più dettagliata del progetto.

È stata stabilita una collaborazione con i centri partecipanti e sono stati definiti i tempi e le modalità di raccolta dei dati.

Inizialmente, la partecipazione allo studio era stata approvata per 36 strutture in 10 regioni: Lombardia, Veneto, Piemonte, Liguria, Toscana, Marche, Abruzzo, Puglia, Calabria e Sardegna; tuttavia, 18 centri di questi 36 hanno effettivamente partecipato alla ricerca.

Nel giugno 2021, ai centri partecipanti al programma è stato inviato un link al software Qualtrics, attraverso il quale potevano accedere alla compilazione della batteria di questionari.

Le donne, selezionate dagli operatori dei vari CAV secondo i criteri d'inclusione dello studio, erano eleggibili per la compilazione:

- Età superiore ai 18 anni;
- Una buona comprensione della lingua italiana (sia in forma orale che scritta), indispensabile per la compilazione dei questionari (ai centri che hanno la possibilità di avvalersi di figure come i mediatori culturali è stata offerta la possibilità di abbinarli a donne che non conoscono la lingua per consentire anche a loro di partecipare).
- Aver subito violenza da parte del partner durante la pandemia COVID-19 e/o aver vissuto con il maltrattante per almeno un periodo di blocco.

Contemporaneamente il link per la compilazione del questionario è stato diffuso sui social network più utilizzati (Facebook, WhatsApp, Telegram, Instagram) al fine d'individuare, attraverso procedure di campionamento a valanga, un gruppo di donne che avevano subito violenza ma non si erano mai rivolte a un CAV.

Su Facebook sono stati contattati 150 gruppi, scelti per la loro affinità con il tema della violenza e per la presenza di membri di sesso femminile, per la partecipazione all'indagine.

#### **4.2.2 Partecipanti**

Le partecipanti dei Centri Antiviolenza che costituiscono il campione denominato "**Help-seekers**" (**HS**) (cioè che hanno cercato aiuto rivolgendosi a un CAV in seguito a una violenza) che soddisfano i criteri d'inclusione imposti sono 129 donne.

Il secondo gruppo, composto da 99 donne che avevano subito violenza ma che non erano attualmente seguite dai Centri Antiviolenza, quindi definite "**Non Help-seekers**" (**NHS**)

#### **4.2.3 Procedura di somministrazione**

A causa della situazione di pandemia che si stava ancora vivendo in quel periodo la somministrazione cartacea era quasi impossibile. Pertanto, si era deciso di adottare un approccio digitale utilizzando il software statistico Qualtrics per la somministrazione dei questionari. Questa opzione offriva anche il vantaggio di garantire automaticamente l'anonimizzazione dei risultati.

Prima d'iniziare la somministrazione dei questionari, è stato fondamentale leggere e accettare, da parte dell'intervistato, l'accordo di riservatezza e le regole di trattamento dei dati stabilite nel consenso informato.

Era infatti essenziale che tutti i partecipanti fossero consapevoli dei processi di raccolta dei dati, di come essi venivano utilizzati e archiviati e di come fosse protetta la loro privacy, soprattutto in relazione a un argomento così delicato.

Per questo motivo abbiamo fornito un documento di consenso informato prima di qualsiasi processo di raccolta, in conformità con le più recenti normative vigenti in materia di riservatezza e trattamento dei dati (Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"), veniva assicurato alle partecipanti il trattamento dei dati raccolti in forma aggregata e anonima e la possibilità di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento.

La compilazione via Internet presentava inoltre un netto vantaggio: vi si poteva accedere da qualsiasi dispositivo elettronico (computer, cellulare o tablet), facilitando le donne che potevano essere bloccate in casa dai loro aggressori senza la possibilità di uscire; le stesse operatrici dei CAV hanno provveduto a inoltrare alle utenti il link per accedere ai questionari.

Alle donne, invece, che potevano recarsi nei vari CAV afferenti è stata offerta la possibilità di partecipare allo studio utilizzando il computer del centro stesso.

Abbiamo configurato il link Qualtrics dedicato ai soggetti afferenti al CAV in modo tale che ogni accesso avesse un limite di tempo di compilazione di 4 ore.

Questo intervallo di tempo è stato stabilito per garantire che non vi fossero sovrapposizioni se necessarie più compilazioni dallo stesso computer del medesimo centro anti-violenza.

Come già detto, il link è stato poi condiviso sui social network, mantenendo le stesse modalità di compilazione, questa volta, coloro che hanno partecipato alla compilazione hanno utilizzato solamente dispositivi personali.

Anche a questo gruppo di donne è stato chiesto di leggere e accettare il consenso informato prima di poter accedere alla scheda dati e alla successiva batteria di test; tutti i dati sono stati raccolti in forma anonima o anonimizzata. Alle partecipanti, anche in questo caso, è stata precisata la possibilità di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento.

### 4.3 Materiali

#### Scheda Anagrafica

La prima parte della batteria consisteva in una scheda anagrafica standardizzata (Socio-Economic Status, SES), che raccoglieva informazioni demografiche rilevanti circa età, nazionalità, titolo di studio, professione, presenza e numero di figli.

Questa scheda richiede 6 risposte, che vanno da domande aperte a domande a scelta multipla.

Offrire opzioni aperte e chiuse consente di avere una panoramica completa del background e delle qualifiche dell'individuo.

#### Scala COVID-19

Scala creata ad hoc composta da 4 item con cui le donne hanno riferito in che misura le restrizioni anti-COVID-19 hanno aggravato la condizione di violenza fisica, psicologica, sessuale ed economica su una scala di risposta a 6 punti (1 = per niente, 2 = poco, 3 = abbastanza, 4 = molto, 5 = moltissimo, mentre 0 dava la possibilità al partecipante d'indicare l'assenza di esperienza di quel tipo specifico di violenza).

In questo lavoro saranno considerati i risultati relativi al **trauma** che indaga la gravità e la tipologia di violenza subita nella relazione intima, il **VITA**, che indaga gli effetti della violenza da parte del partner (IPV) e delle relative esperienze traumatiche sul benessere psicologico di un individuo, la **Rosenberg Self-esteem Scale** utilizzata per valutare l'autostima globale e la **DERS-SF** che esamina la disregolazione emotiva.

Entrando nello specifico dei questionari che prenderemo in esame nelle nostre analisi:

#### Conflict Tactics Scale 2

La CTS-2 è la seconda versione della Conflict Tactics Scale (CTS), ideata da Strauss e colleghi (1996), comunemente utilizzata per misurare le tattiche di risoluzione dei conflitti e la violenza nelle relazioni intime.

La Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2) è una misura self-report che valuta l'intensità degli atti di violenza e le tattiche di negoziazione utilizzate dalle coppie nella relazione.

Gli atti violenti sono suddivisi per tipologia: negoziazione, aggressione fisica, aggressione psicologica, coercizione sessuale e infortunio (queste ultime due aggiunte nella seconda versione).

Rispetto alla prima versione, sono stati aggiunti nuovi item per aumentare la validità del costrutto e l'affidabilità, sono state aggiunte le due scale relative alla coercizione sessuale e all'infortunio e la forma è stata modificata: da intervista a self-report.

Il CTS-2 è stato quindi progettato per essere somministrato sia al solo partner che alla coppia (la prima versione è stata infatti concepita come un foglio d'intervista a due colonne, una per ciascun membro della coppia), mantenendo comunque eccellenti proprietà psicometriche in entrambi i casi.

Si compone di 39 item suddivisi in 5 fattori; ai soggetti viene chiesto di basare le loro risposte sugli ultimi 12 mesi.

Nel presente studio verrà utilizzata la versione italiana della CTS-2 validata da Signorelli e collaboratori nel 2014.

Questa versione del CTS-2 sembra avere buone proprietà psicometriche, ad esempio una buona affidabilità e validità costruttiva e discriminante.

La scala ha anche una buona struttura fattoriale: i cinque fattori spiegano insieme il 68% della varianza totale (Signorelli et al., 2014).

Si compone di 78 item (39 item indagano quante volte il soggetto ha messo in atto il comportamento descritto e 39 item (scala di vittimizzazione) indagano quante volte il soggetto ha subito l'atto descritto dal partner negli ultimi 12 mesi).

Per il nostro studio è stata utilizzata solo la scala di vittimizzazione con 39 item su una scala Likert a 8 punti (0=mai successo; 1=1 volta; 2=2 volte; 3=3-5 volte; 4=6-10 volte; 5=11-20 volte; 6=più di 20 volte; 7=è successo negli anni precedenti).

Il CTS-2 non solo fornisce il tasso annuale di atti di violenza, ma fa anche luce sull'intensità e la durata dei conflitti tra coppie, il tasso di prevalenza infatti ci dà informazioni su quanti atti di una determinata portata sono stati commessi nell'ultimo anno.

D'altra parte, il punteggio di cronicità è la somma del numero di volte in cui questi atti sono stati commessi, mentre il punteggio di prevalenza assoluta determina se il comportamento è stato commesso prima degli ultimi 12 mesi.

I 39 item utilizzati possono essere suddivisi in cinque scale:

**-Negoziazione** (6 item): Esplora i comportamenti utilizzati per risolvere un conflitto attraverso la discussione.

Alcuni item indagano gli aspetti cognitivi riportando esempi di comportamento durante una discussione (ad esempio, "Il mio partner mi ha spiegato perché non era d'accordo con me").

La consistenza interna di questa scala misurata con l'alfa di Cronbach è  $\alpha = 0.80$ ;

Nel presente studio replicando il calcolo della consistenza interna l'alfa di Cronbach è risultata pari a 0.78

**-Aggressione psicologica** (8 item): indaga i comportamenti sia di aggressione psicologica, sia verbale (ad esempio, "Il mio partner mi ha insultato o ha imprecato contro di me") che non verbale (ad esempio, "Il mio partner ha lasciato rabbiosamente la stanza, la casa o il giardino durante una discussione");

Nella versione italiana la consistenza interna per questa scala è stata calcolata insieme a quella dell'aggressività fisica, risultando pari a  $\alpha=0.96$

In questo studio risulta pari a  $\alpha=0.61$ .

**-Aggressione fisica** (12 item): descrive gli atti di aggressione fisica, ad esempio "il mio partner mi ha lanciato un oggetto che avrebbe potuto ferirmi", "il mio partner mi ha puntato contro un coltello o una pistola".

Consistenza interna  $\alpha=0.96$ ; in questo studio risulta  $\alpha=0.60$ .

**-Coercizione sessuale** (7 item): indaga i comportamenti con i quali si costringe il partner a praticare attività sessuali contro la sua volontà, ad esempio "il mio partner mi ha costretto ad avere rapporti sessuali senza preservativo", "il mio partner ha usato la forza per costringermi a fare sesso orale o anale".

Consistenza interna  $\alpha=.87$

Nel presente studio  $\alpha=0.69$

**-Infortunio** (6 item): esplora le ferite inflitte dal partner, ad esempio "Ho subito una distorsione, un livido o un piccolo taglio a seguito di una discussione con il mio partner", "Sono svenuto dopo essere stato colpito alla testa dal mio partner durante una discussione".

Consistenza interna  $\alpha=0,95$

Nel presente studio  $\alpha =0.67$



## VITA

L'Intimate Violence and Traumatic Affects Scale (VITA, Torisi G. 2018) è un questionario self-report utilizzato per misurare gli effetti della violenza da parte del partner (IPV) e delle relative esperienze traumatiche sul benessere psicologico di un individuo.

Il questionario è composto da domande relative:

- Alla violenza fisica, sessuale e psicologica;
- A sintomi legati al trauma, come ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Il VITA viene utilizzata per valutare l'impatto dell'IPV sugli individui e per guidarne il trattamento e il supporto.

Si tratta di un questionario composto da 28 item che possono essere valutati su una scala di tipo Likert a 5 punti che va da "mai" a "spesso"; gli intervistati devono valutare l'intensità degli affetti legati alla violenza subita.

Questa scala riflette una prospettiva psicodinamica ed è caratterizzata da quattro affetti:

- Paura, come stato di allarme suscitato dall'evitamento del pericolo;
- Terrore, come stato paralizzante che impedisce un processo attivo di reazione;
- Vergogna come forte esposizione all'altro che disarmo l'individuo;
- Senso di colpa come dimensione difensiva volta a ripristinare il legame con il partner abusante.

Terrore e paura in psicologia sono termini usati come sinonimi, ma a tutti gli effetti indicano due risposte diverse di fronte a un evento.

La paura è un'emozione che ci mette in allerta e ci fa agire, innescando reazioni fisiologiche che ci permettono di adottare meccanismi di attacco o di fuga.

Il terrore è uno stato emotivo che segue la paura, in cui la connessione tra il cervello e il resto del corpo viene meno. Ciò significa che non solo il cervello non è in grado di fare scelte razionali, ma che le scelte fatte non vengono comunicate al corpo, causando uno stato di congelamento della persona e impedendole di agire.

Semi (2008) parla del terrore in termini di reazione che inibisce il pensiero.

In particolare, parla di come questo affetto renda le vittime più propense a collaborare, perché una volta superato un certo livello di paura, cadrebbero nel terrore, che annienterebbe il pensiero stesso.

Le donne terrorizzate dalla prospettiva di ulteriori violenze rimarrebbero paralizzate, incapaci di reagire, creando così la situazione ideale per il controllo da parte dell'aggressore.

Troisi e Cesàro (2021) affermano che il terrore è alimentato dalle continue minacce e dall'incapacità di prevedere quando avverrà il prossimo atto di violenza, producendo un "blocco" non solo a livello fisico, ma anche a livello psicologico.

Per quanto riguarda gli altri due affetti (vergogna e senso di colpa) Piers e Singer (1971) descrivono la vergogna come un fallimento dell'Io rispetto all'ideale dell'Io (ciò che aspiriamo a diventare). I due autori descrivono invece il senso di colpa come una tensione tra l'Io e il Super-Io (l'istanza che regola le nostre azioni pulsionali).

Secondo Freud (1962), l'ideale dell'Io sarebbe legato al narcisismo nella prima infanzia. Questa istanza mirerebbe a raggiungere la perfezione, che in età adulta, non essendo possibile, porterebbe all'affetto della vergogna. Quando invece l'Io non si conforma all'istanza regolatrice del Super-Io, l'individuo si ritroverebbe a provare sentimenti di colpa.

La vergogna, quindi, come il terrore, assume una connotazione più passiva rispetto al senso di colpa, in quanto la fonte della valutazione negativa non è interna ma esterna, dipende "dall'Altro", ed è quindi la donna a subire il giudizio; a differenza del senso di colpa in cui la fonte della valutazione negativa è interna alla vittima (Lewis, 1971; Stotz et al., 2015).

L'affidabilità delle sottoscale descritte risulta pari a  $\alpha = 0.79$  per la paura,  $\alpha = 0.9$  per il terrore, per la colpa  $\alpha = 0.93$  e per la vergogna  $\alpha = 0.87$ .

Per quanto concerne la scala totale l'alfa di Cronbach risulta essere  $\alpha = 0.93$  (Troisi, 2018).

Nel presente studio calcolando l'affidabilità delle scale si sono riscontrati valori pari a:

Per la scala totale  $\alpha = 0.91$ , per quella della paura  $\alpha = 0.90$ , quella del terrore  $\alpha = 0.84$ , e  $\alpha = 0.87$  e  $\alpha = 0.90$  rispettivamente per vergogna e colpa mostrata

La Scala VITA potrebbe essere uno strumento utile per clinici e ricercatori per indagare l'intensità dello stato affettivo della donna vittima d'IPV e per meglio indirizzare la pratica clinica e la pianificazione dell'intervento terapeutico.

### **Difficulties in Emotion Regulation Scale-SF (DERS-SF)**

La Difficulties in Emotion Regulation Scale-SF (DERS-SF) (Victor & Klonsky, 2016) è la versione breve della Difficulties in Emotion Regulation Scale (K. L. Gratz & Roemer, 2004). Questa versione è stata creata per ridurre i tempi: a causa della sua lunghezza, la versione a 36 item della DERS, infatti, risulta troppo lunga per essere inclusa in protocolli di ricerca brevi.

Nella DERS-SF sono stati mantenuti gli item con una maggiore saturazione fattoriale, cioè gli item più forti di tutte le sottoscale del DERS.

La DERS-SF presenta buone proprietà psicometriche:

La scala totale ha un'ottima consistenza interna: l'alfa di Cronbach, infatti, varia da .91 (Victor & Klonsky, 2016) a .84 a seconda dello studio, inoltre è stata dimostrata una buona validità concorrente e convergente per questa scala.

Lo strumento offre una misura della disregolazione emotiva, un costrutto che ha mostrato una struttura a 6 fattori.

I 18 item sono quindi suddivisi nelle seguenti 6 scale:

**1)Non accettazione** (Non accettazione delle risposte emotive): 3 item, evidenzia la tendenza del soggetto a provare emozioni negative secondarie come risposta alle proprie emozioni negative. Esempio d'item "quando sono arrabbiato, mi irrita con me stesso perché mi sento così".

Consistenza interna della scala  $\alpha=.88$  (Victor & Klonsky, 2016) e 0.79 nel presente studio.

**2)Obiettivi** (Difficoltà a impegnarsi in comportamenti diretti a un obiettivo): 3 item, questa scala riflette la difficoltà che un individuo può incontrare nel concentrarsi o nel portare a termine gli obiettivi quando esperisce emozioni negative, ad esempio "quando sono arrabbiato, ho difficoltà a concentrarmi su altre cose".

L'alfa di Cronbach per questa scala è pari a .90 nello studio di Victor e Klonsky (2016), nel presente studio invece risulta pari a 0.81

**3)Impulsività** (Difficoltà a controllare gli impulsi): 3 item, riflette le difficoltà a controllare il comportamento quando si provano emozioni negative. Ad esempio, "quando sono arrabbiato, ho difficoltà a controllare il mio comportamento".

Consistenza interna di questa scala eccellente, 0,90 (Victor & Klonsky, 2016), nel nostro studio  $\alpha=0.81$

**4)Consapevolezza** (Mancanza di consapevolezza delle proprie emozioni): 3 item, strutturati in modo da essere invertiti riflettendo una mancanza di comprensione delle

emozioni, insieme a deficit nella capacità di riconoscere ed essere consapevoli del proprio stato emotivo, es: "Presto attenzione a come mi sento".

L'Alpha di Cronbach è pari a 0,77 nello studio di Victor e Klonsky (2016), nel nostro studio risulta 0.87

**5)Strategie** (Accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva): 3 item, esplorano la convinzione che, dopo aver provato emozioni negative, non si possa fare nulla, o quasi, per regolare il proprio stato emotivo.

Ad esempio, "quando sono arrabbiato, credo di non poter fare nulla per sentirmi meglio".

La coerenza interna è eccellente: I valori dell'alfa di Cronbach sono pari a 0,85 (Victor & Klonsky, 2016), e 0.77 nel nostro studio.

**6)Chiarezza** (Mancanza di chiarezza sulle proprie emozioni): 3 item, riflettono il chiaro riconoscimento da parte del soggetto delle proprie emozioni quando le prova, ad esempio "mi sento confuso su ciò che provo".

La consistenza interna è buona. I valori dell'alfa di Cronbach sono: 0.83 (Victor & Klonsky, 2016), e 0.70 nel presente studio.

Un'analisi dettagliata del punteggio di ciascuna sottoscala può essere estremamente utile per identificare eventuali problemi di regolazione delle emozioni. Queste informazioni possono essere utilizzate per progettare piani di trattamento e interventi efficaci.

### **Rosenberg Self-esteem Scale**

La Rosenberg Self-esteem Scale creata da Rosenberg (1965), viene ampiamente utilizzata in contesti clinici e generali per valutare l'autostima globale. È stata tradotta in molte lingue, a dimostrazione della sua ampia diffusione.

L'adattamento italiano è a opera di Prezza e colleghi (1997).

Lo strumento è costituito da 10 item, 5 formulati positivamente (Es: "Sento di avere numerose buone qualità") e 5 negativamente (Es: "Sento di non avere molto di cui essere orgoglioso"), che valutano i sentimenti del soggetto riguardo se stesso.

Durante la compilazione del questionario il soggetto deve valutare il proprio livello di accordo per ogni affermazione su una scala Likert a 4 punti (1=completamente in disaccordo; 2=abbastanza in disaccordo; 3=abbastanza d'accordo; 4=completamente d'accordo).

Inizialmente creata per misurare l'autostima degli studenti delle scuole secondarie, la RSES è stata successivamente estesa alla popolazione generale e ai soggetti adulti.

Rosenberg ha sviluppato la scala con l'obiettivo di creare uno strumento che potesse essere facilmente somministrato e completato senza alcuna assistenza, che richiedesse solo pochi minuti e che fosse unidimensionale.

Durante lo sviluppo della RSES, Rosenberg ha posto una forte enfasi sulla validità del volto. Ciò significava selezionare item strettamente correlati alla particolare dimensione in esame.

L'alternanza di item con formulazione positiva e negativa in tutto il questionario riduce al minimo le possibilità che un soggetto risponda allo stesso modo a più affermazioni.

Il punteggio finale può variare da 10 a 40 punti.

Un punteggio più alto riflette una maggiore fiducia in se stessi, mentre un punteggio più basso significa una minore fiducia.

Nell'RSES non esiste uno standard fisso per determinare i punti di cut-off.

Lo strumento presenta un'ottima consistenza interna: l'alfa di Cronbach nella versione inglese del test risulta infatti, da uno studio condotto da Sinclair (Sinclair et al., 2010), pari a .91 per il campione totale (variando da .84 a .95 a seconda del sottocampione preso in esame).

Nello studio condotto da Mannarini (2010), in cui venne utilizzata invece la versione italiana della scala, l'alfa di Cronbach risulta pari a .84.

Infine, nel presente studio la consistenza interna è risultata ottima (= .90)

### **Post-Traumatic Symptom Questionnaire**

Il Post-Traumatic Symptom Questionnaire (PTSQ) è un questionario a 12 voci che valuta l'impatto degli eventi traumatici in tre aree: (A) intrusività, (B) evitamento e (C) sovraeccitazione. Aiuta a valutare con precisione gli effetti delle esperienze traumatiche. Il dominio (A) "intrusività" (INTR) valuta il modo in cui pensieri e immagini intrusivi, nonché intense emozioni legate all'evento, possano riaffiorare nella mente di una persona, facendole ricordare l'incidente traumatico.

Il secondo dominio (B) "Evitamento" (AV) misura la propensione di un individuo a evitare eventi, persone, comportamenti o pensieri.

A completare i tre domini troviamo (C) "Ipereccitazione" (HY.AR), che esamina come l'individuo sia emotivamente colpito in termini di ipereccitazione, paura e vigilanza in seguito all'esposizione all'evento traumatizzante.

Gli item sono valutati su una scala di tipo Likert a 5 punti, che va da 1 (= "per niente") a 5 (= "estremamente").

Punteggi più alti indicano livelli più elevati in quel dominio specifico.

Per quanto riguarda le caratteristiche psicometriche dello strumento l'alfa di Cronbach nello studio originale di A.A.Rossi (2022) risulta pari a: .93 per il dominio dell'intrusività; .84 per il dominio dell'evitamento e 0.82 per quello dell'ipereccitazione. Nel presente studio l'alfa totale risulta  $\alpha = .90$  e rispettivamente 0.93 per l'intrusività, 0.81 per l'evitamento e 0.82 per l'ipereccitazione.

#### **4.4 Ipotesi di ricerca**

In questo articolo ci concentreremo sui risultati emersi da strumenti quali: CTS-2, VITA e DERS-SF, per andare a corroborare l'ipotesi di ricerca secondo cui, facendo riferimento alla teoria ABH vista nel capitolo precedente, se la violenza domestica è un trauma che portando allo sviluppo di stati emotivi negativi (VITA) può portare a disregolazione emotiva (DERS-SF) allora, in accordo con l'Anxiety Buffer Hypothesis, l'autostima dovrebbe mediare/moderare la relazione tra i costrutti legati al trauma.

Questa ricerca indaga l'effetto della disregolazione emotiva e dell'autostima sulle donne vittime di violenza da partner nelle relazioni d'intimità (IPV).

Il primo obiettivo è indagare se gli affetti traumatici (cioè paura, terrore, vergogna e senso di colpa) mediano la relazione tra il trauma legato all'esperienza d'IPV e la disregolazione emotiva.

Il secondo obiettivo è quello d'indagare se e come l'autostima tamponi questa relazione (ABH).

Le ipotesi sono le seguenti:

H1: L'autostima allevia le difficoltà psicologiche delle donne vittime d'IPV;

H2: L'autostima media la relazione tra gli affetti traumatici (cioè paura, terrore, vergogna e senso di colpa) e la mancanza di benessere delle vittime d'IPV.

#### **4.5 Analisi statistiche**

Nel prossimo capitolo verranno presentate le analisi statistiche condotte mediante l'utilizzo del software JASP.

Le prime analisi saranno di tipo puramente descrittivo dei due campioni di donne (HS/NHS) in merito alla loro provenienza, numero di figli, titolo di studio posseduto e occupazione.

Successivamente saranno condotte analisi t-test per confrontare i due gruppi di donne in merito alla percezione dell'aggravamento della violenza in ogni sua forma (psicologica,

sessuale, economica e fisica) durante la pandemia da COVID-19 essendo loro bloccate in casa con il perpetuatore. Un altro t-test sarà condotto per confrontare i punteggi dei due gruppi nelle varie sottoscale del CTS-2.

Con le analisi di correlazione andremo a verificare le correlazioni tra le varie sottoscale dei questionari compilati dai due gruppi (Scala Covid-19, CTS-2, VITA, DERS-SF, PTSQ e RSES).

Infine, tramite la analisi di mediazione si andrà a verificare il modello per il quale nelle donne vittime di IPV il trauma (predittore), che si può venire a creare successivamente all'esperienza della violenza, potrebbe portare a disregolazione emotiva (outcome) tramite gli affetti a esso legati (VITA, primo mediatore) se non mediato dall'autostima (secondo mediatore).

## CAPITOLO 5

### RISULTATI

#### 5.1 Statistiche descrittive

Al presente studio hanno partecipato 228 donne di cui:

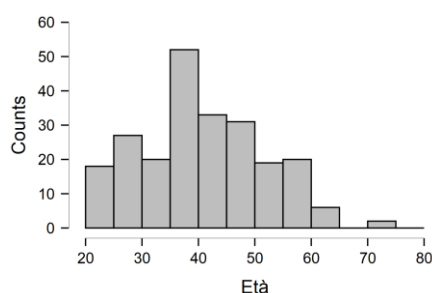
-129 richiedenti aiuto presso un Centro Anti-Violenza (CAV), denominate quindi **Help-seekers**;

-99 le quali pur subendo violenza da parte del partner non hanno chiesto aiuto agli enti specializzati, denominate quindi **Non help-seekers**.

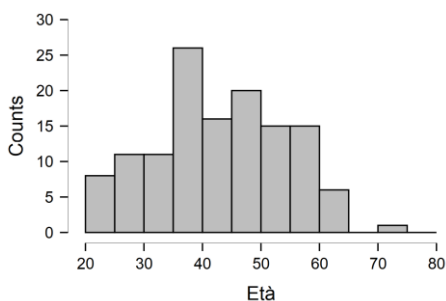
| <b>Donna</b>      | <b>Frequenza</b> | <b>Percent</b> |
|-------------------|------------------|----------------|
| Help-seeker (CAV) | 129              | 56.579         |
| Non-Help-seeker   | 99               | 43.421         |
| Totale            | 228              | 100.000        |

*Figura 5.1: Distribuzione delle donne partecipanti nei due gruppi oggetti di studio*

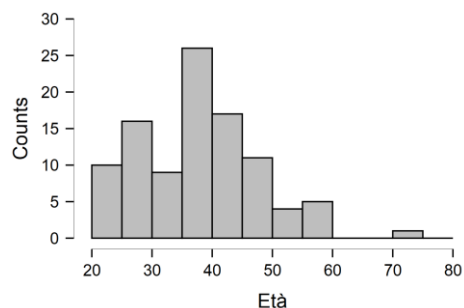
L'età delle partecipanti è compresa tra i 20 e i 75 anni (M=41.17; DS=10.8).



L'età media del gruppo seguito da un CAV è di 43.4 anni (DS=11), quella del gruppo Non help-seekes è di 38.3 anni (DS=9.9).



*Gruppo Help-seekers*



*Gruppo Non help-seekers*

-

*Figura 5.2: Distribuzione dell'età delle partecipanti*



Le donne partecipanti al nostro progetto provenivano da 18 CAV o rifugi dislocati in 9 diverse regioni italiane: 3 in Veneto, 2 in Lombardia, 1 in Piemonte, 3 in Abruzzo, 1 nelle Marche, 2 in Toscana, 2 in Calabria, 1 in Campania, 2 in Puglia e una in Sardegna. Nella Figura è riportata la distribuzione dei CAV sul territorio nazionale.

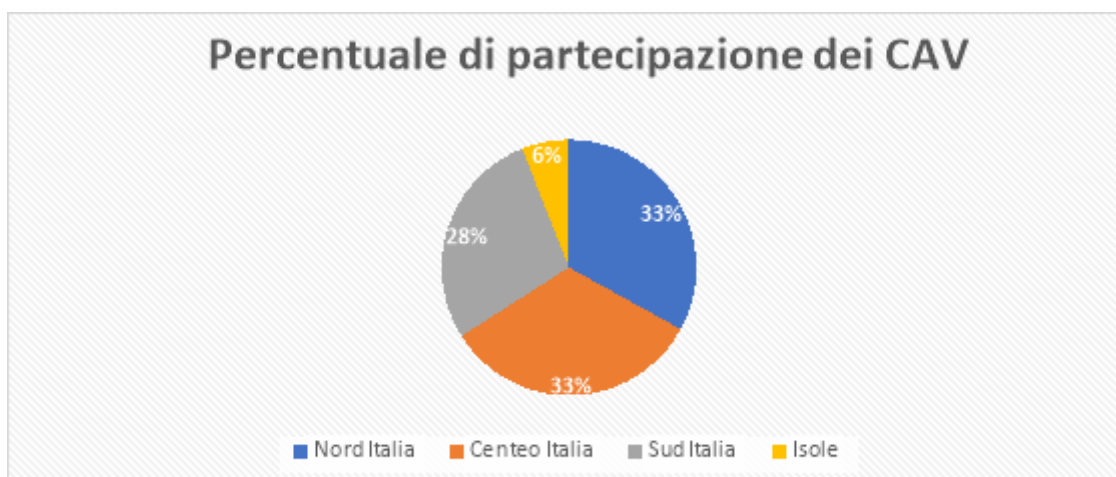


Figura 5.3 Distribuzione delle strutture partecipanti sul territorio italiano

La maggior parte delle partecipanti ha dichiarato di essere di nazionalità italiana: Sono italiana infatti n=198 donne (86.8%), di cui n=105 (81.4%) appartenenti al gruppo delle Help-seekers ed n=93 (93.4%) appartenenti al gruppo Non help-seekers. Un 9% delle donne proviene invece dall'Est Europa (n=21), di cui 18 di queste appartenenti al gruppo ricercante aiuto presso i CAV.

Troviamo inoltre donne provenienti dall'Africa (nord, centro e sud) e dal Sud America.

| Donna             | Provenienza        | Frequenza | Percent |
|-------------------|--------------------|-----------|---------|
| Help-seeker (CAV) | Italiana           | 105       | 81.395  |
|                   | Est Europa         | 18        | 13.953  |
|                   | Nord Africa/Magreb | 2         | 1.550   |
|                   | Centro Africa      | 1         | 0.775   |
|                   | Sud America        | 2         | 1.550   |
|                   | Europa             | 1         | 0.775   |
|                   | Totale             | 129       | 100.000 |
| Non-Help-seeker   | Italiana           | 93        | 93.939  |
|                   | Est Europa         | 3         | 3.030   |
|                   | Sud America        | 3         | 3.030   |
|                   | Totale             | 99        | 100.000 |

Tabella 5.4: Distribuzione provenienza delle donne all'interno dei due gruppi

Il 16.28% delle help-seeker dichiara di non aver figli, il 29.46% di averne 1, il 37.2% di averne 2, il 13.18% di averne 3 e il 2.33% di averne 4.

Tra le non helpseeker il 32.32% non ha figli, il 22.22% ne ha 1, il 33.33% ne ha 2, l'8.1% ne ha 3, il 3% ne ha 4, l'1% ne ha 5.

| <b>Donna</b>      | <b>Quanti figli</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Percent</b> |
|-------------------|---------------------|------------------|----------------|
| Help-seeker (CAV) | 0 (non ho figli)    | 21               | 16.279         |
|                   | 1                   | 38               | 29.457         |
|                   | 2                   | 48               | 37.209         |
|                   | 3                   | 17               | 13.178         |
|                   | 4                   | 3                | 2.326          |
|                   | Altro               | 2                | 1.550          |
|                   | Totale              | 129              | 100.000        |
| Non-Help-seeker   | 0 (non ho figli)    | 32               | 32.323         |
|                   | 1                   | 22               | 22.222         |
|                   | 2                   | 33               | 33.333         |
|                   | 3                   | 8                | 8.081          |
|                   | 4                   | 3                | 3.030          |
|                   | 5                   | 1                | 1.010          |
|                   | Totale              | 99               | 100.000        |

*Tabella 5.5 Numero di figli*

Il titolo di studio più frequentemente riportato dal gruppo delle help seekers è la licenza media superiore (46.51%, n=60), seguito dalla licenza media indicata dal 17.83% (n=23). Anche tra le non help-seeker il titolo di studio riportato maggiormente (34.34%, n=34) è la licenza media superiore, seguito dalla laurea breve nel 18.18% (n=18) dei soggetti.

| <b>Donna</b>      | <b>Titolo di studio posseduto</b>   | <b>Frequenza</b> | <b>Percent</b> |
|-------------------|---|------------------|----------------|
| Help-seeker (CAV) | Licenza Elementare  | 2                | 1.550          |
|                   | Licenza Media   | 23               | 17.829         |
|                   | Licenza media superiore   | 60               | 46.512         |
|                   | Licenza media superiore che non consente l'ingresso all'università (2-4 anni) | 11               | 8.527          |
|                   | Laurea breve o diploma universitario  | 12               | 9.302          |
|                   | Laurea specialistica  | 20               | 15.504         |
|                   | Master/Dottorato di ricerca   | 1                | 0.775          |
|                   | Totale  | 129              | 100.000        |
| Non-Help-seeker   | Licenza Elementare  | 0                | 0.000          |
|                   | Licenza Media   | 13               | 13.131         |
|                   | Licenza media superiore   | 34               | 34.343         |
|                   | Licenza media superiore che non consente l'ingresso all'università (2-4 anni) | 11               | 11.111         |
|                   | Laurea breve o diploma universitario  | 18               | 18.182         |

| <b>Donna</b> | <b>Titolo di studio posseduto</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Percent</b> |
|--------------|-----------------------------------|------------------|----------------|
|              | Laurea specialistica              | 16               | 16.162         |
|              | Master/Dottorato di ricerca       | 7                | 7.071          |
|              | Totale                            | 99               | 100.000        |

*Tabella 5.6 Titolo di studio*

Per quanto concerne l'occupazione lavorativa, la maggioranza delle donne che si sono rivolte ai vari CAV in cerca di aiuto risultano essere lavoratrici precarie, casalinghe o lavoratrici a giornata, che rappresentano circa il 41,86% del totale del gruppo Help-seekers. Altre occupazioni, in gran parte rappresentate, che troviamo all'interno di questo gruppo sono: Manager di medio livello/proprietarie d'impresе di medie dimensioni (11.6%) e Proprietarie di piccole imprese commerciali/Manager di basso livello (8.5%). Tra le non help-seeker la categoria prevalente è la disoccupata, indicata dal 17.17% delle partecipanti; seguita da quella delle lavoratrici precarie, casalinghe o manovalanza a giornata indicata dal 15.15% dei soggetti, in ultima ampiamente rappresentata sono la categoria delle proprietarie delle piccole imprese e industrie e le insegnanti della scuola primaria (14.14%) e le semi-professioniste (11.11%).

Infine, le statistiche descrittive condotte evidenziano un peggioramento della situazione di violenza subita da entrambi i gruppi di donne durante le restrizioni imposte per il contenimento del virus SARS-CoV-2

| <b>Donna</b>      | <b>COVID19 violenza fisica</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Percent</b> |
|-------------------|--------------------------------|------------------|----------------|
| Help-seeker (CAV) | Non ho subito violenza fisica  | 20               | 15.504         |
|                   | Per nulla                      | 25               | 19.380         |
|                   | Poco                           | 23               | 17.829         |
|                   | Abbastanza                     | 31               | 24.031         |
|                   | Molto                          | 17               | 13.178         |
|                   | Moltissimo                     | 13               | 10.078         |
|                   | Totale                         | 129              | 100.000        |
| Non-Help-seeker   | Non ho subito violenza fisica  | 42               | 42.424         |
|                   | Per nulla                      | 22               | 22.222         |
|                   | Poco                           | 14               | 14.141         |
|                   | Abbastanza                     | 10               | 10.101         |
|                   | Molto                          | 7                | 7.071          |
|                   | Moltissimo                     | 4                | 4.040          |
|                   | Totale                         | 99               | 100.000        |

*Tabella 5.7 Peggioramento della violenza fisica subita durante la pandemia*

| <b>Donna</b>      | <b>COVID19 violenza psicologica</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Percent</b> |
|-------------------|-------------------------------------|------------------|----------------|
| Help-seeker (CAV) | Non ho subito violenza psicologica  | 3                | 2.326          |
|                   | Per nulla                           | 5                | 3.876          |
|                   | Poco                                | 17               | 13.178         |
|                   | Abbastanza                          | 37               | 28.682         |
|                   | Molto                               | 28               | 21.705         |
|                   | Moltissimo                          | 39               | 30.233         |
|                   | Totale                              | 129              | 100.000        |
| Non-Help-seeker   | Non ho subito violenza psicologica  | 7                | 7.071          |
|                   | Per nulla                           | 14               | 14.141         |
|                   | Poco                                | 15               | 15.152         |
|                   | Abbastanza                          | 33               | 33.333         |
|                   | Molto                               | 9                | 9.091          |
|                   | Moltissimo                          | 21               | 21.212         |
|                   | Totale                              | 99               | 100.000        |

*Tabella 5.8 Peggioramento della violenza psicologica subita durante la pandemia*

| <b>Donna</b>      | <b>COVID19 violenza sessuale</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Percent</b> |
|-------------------|----------------------------------|------------------|----------------|
| Help-seeker (CAV) | Non ho subito violenze sessuali  | 43               | 33.333         |
|                   | Per nulla                        | 56               | 43.411         |
|                   | Poco                             | 13               | 10.078         |
|                   | Abbastanza                       | 12               | 9.302          |
|                   | Molto                            | 4                | 3.101          |
|                   | Moltissimo                       | 1                | 0.775          |
|                   | Totale                           | 129              | 100.000        |
| Non-Help-seeker   | Non ho subito violenze sessuali  | 48               | 48.485         |
|                   | Per nulla                        | 34               | 34.343         |
|                   | Poco                             | 9                | 9.091          |
|                   | Abbastanza                       | 4                | 4.040          |
|                   | Molto                            | 1                | 1.010          |
|                   | Moltissimo                       | 3                | 3.030          |
|                   | Totale                           | 99               | 100.000        |

*Tabella 5.9 Peggioramento della violenza sessuale subita durante la pandemia*

| Donna             | COVID19_violenza_economica       | Frequenza | Percent |
|-------------------|----------------------------------|-----------|---------|
| Help-seeker (CAV) | Non ho subito violenza economica | 5         | 3.876   |
|                   | Per nulla                        | 18        | 13.953  |
|                   | Poco                             | 19        | 14.729  |
|                   | Abbastanza                       | 37        | 28.682  |
|                   | Molto                            | 17        | 13.178  |
|                   | Moltissimo                       | 33        | 25.581  |
|                   | Totale                           | 129       | 100.000 |
| Non-Help-seeker   | Non ho subito violenza economica | 23        | 23.232  |
|                   | Per nulla                        | 13        | 13.131  |
|                   | Poco                             | 19        | 19.192  |
|                   | Abbastanza                       | 20        | 20.202  |
|                   | Molto                            | 8         | 8.081   |
|                   | Moltissimo                       | 16        | 16.162  |
|                   | Missing                          | 0         | 0.000   |
| Totale            | 99                               | 100.000   |         |

Tabella 5.10 Peggioramento della violenza economica subita durante la pandemia

## 5.2 T-TEST

Per esaminare la differenza tra le percezioni di aggravamento riguardo alla violenza durante la pandemia da COVID-19 tra coloro che cercano aiuto (help-seekers) e coloro che non lo fanno (non help-seekers) è stato eseguito un t-test per campioni indipendente. Risulta dall'analisi una differenza significativa ( $t = 5.094$ ,  $p < .001$ ) tra le medie dei due gruppi: il gruppo delle donne seguite da un CAV risulta aver percepito un aggravamento della propria condizione a causa del COVID-19 maggiore rispetto a coloro che non sono seguite da un CAV. Il valore della  $d$  di Cohen ( $d=.68$ ) indica un effetto mediamente grande.

|       | t     | df  | p      | Cohen's d |
|-------|-------|-----|--------|-----------|
| COVID | 5.094 | 226 | < .001 | 0.681     |

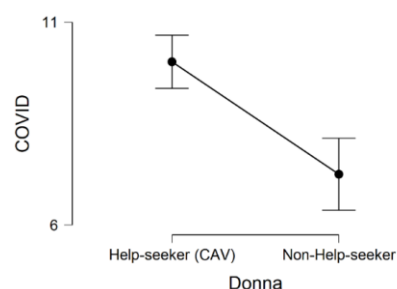


Figura 5.11 t-test per campioni indipendenti riguardante il peggioramento della violenza

Successivamente si esplora nello specifico l'aggravamento della violenza a causa della pandemia da COVID-19 in ogni forma specifica di violenza (fisica/sessuale/economica/psicologica).

## T-Test

|                              | t     | df  | p                   | Cohen's d |
|------------------------------|-------|-----|---------------------|-----------|
| COVID19 violenza_fisica      | 4.963 | 226 | < .001              | 0.663     |
| COVID19_violenza_psicologica | 3.634 | 226 | < .001              | 0.486     |
| COVID19_violenze_sessuali    | 1.600 | 226 | 0.111               | 0.214     |
| COVID19_violenza_economica   | 3.968 | 226 | < .001 <sup>a</sup> | 0.530     |

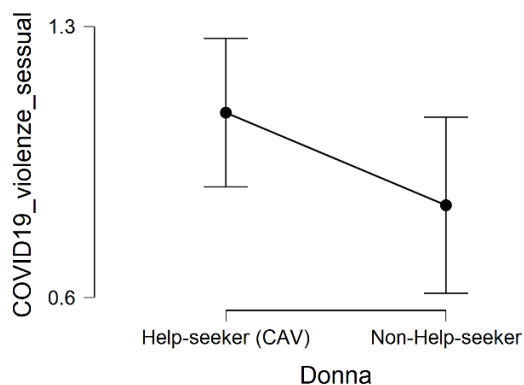
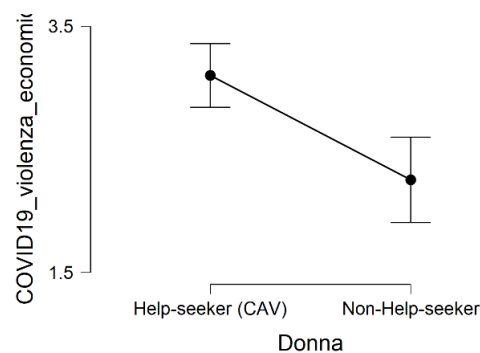
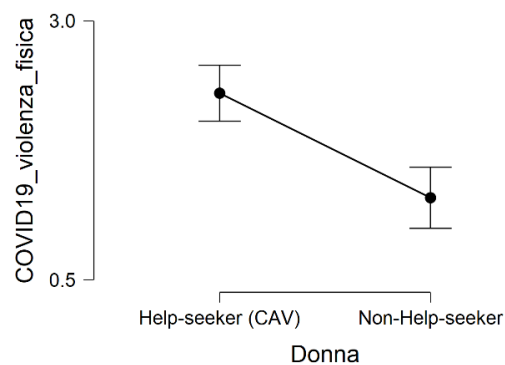


Figura 5.8 t-test per campioni indipendenti

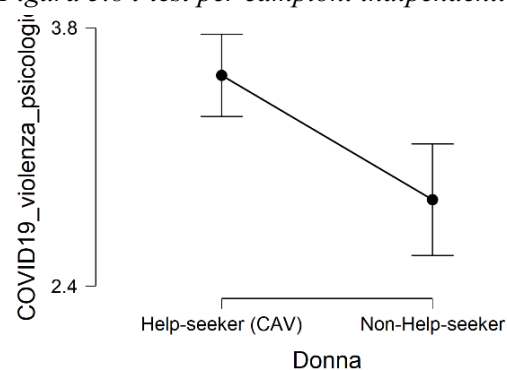


Figura 5.12 t-test per campioni indipendenti riguardante le specifiche forme di violenza

Dalla seguente analisi emerge in modo chiaro come la violenza fisica sia predominante nel gruppo delle HS rispetto a quello delle NHS ( $t=4.963$ ,  $p < .001$ ), con una moderata differenza tra i due gruppi ( $d=0.663$ ).

Anche la violenza economica differisce tra i due gruppi, con valori più alti, anche in questo caso nel gruppo composto da donne che hanno cercato aiuto presso i CAV ( $t=3.968$ ,  $< .001$ ) ( $d=0.530$ )

La violenza psicologica risulta maggiore nel gruppo Help-seekers rispetto alle donne che non cercano aiuto ( $t=3.634$ ,  $p < .001$ ) ( $d=0.486$ ), pur risultando in entrambi i gruppi la forma di violenza maggiormente vissuta.

L'unica forma di violenza che non riporta una differenza significativa tra i due gruppi ( $t=1.6$ ,  $p=0.111$ )/( $d=0.214$ ), è la violenza di tipo sessuale, la quale risulta percepita in egual maniera da entrambi i gruppi.

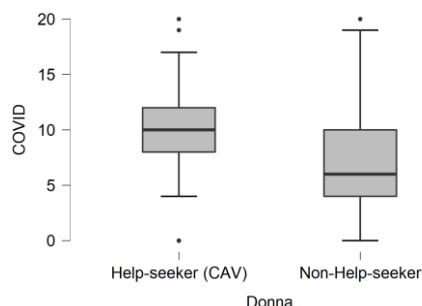


Figura 5.13 Diagramma boxplot per illustrare la distribuzione del campione di donne help-seeker e non help-seeker nelle risposte alla scala sul COVID-19.

È stato condotto inoltre un ulteriore t-test per campioni indipendenti tra i due gruppi per quanto concerne le scale del CTS-2 (negoiazione/violenza sessuale/violenza fisica/violenza psicologica/infortunio).

#### Analisi descrittive

|                     | Gruppo            | N   | Media  | SD     | SE    |
|---------------------|-------------------|-----|--------|--------|-------|
| CTS NEGOZIAZIONE    | Help-seeker (CAV) | 129 | 7.659  | 7.933  | 0.698 |
|                     | Non-Help-seeker   | 99  | 12.202 | 10.670 | 1.072 |
| CTS VIOLENZA PSICO. | Help-seeker (CAV) | 129 | 21.558 | 12.393 | 1.091 |
|                     | Non-Help-seeker   | 99  | 19.101 | 12.629 | 1.269 |
| CTS VIOLENZA FISICA | Help-seeker (CAV) | 129 | 10.853 | 13.407 | 1.180 |
|                     | Non-Help-seeker   | 99  | 8.505  | 11.325 | 1.138 |
| CTS VIOLENZA SESS.  | Help-seeker (CAV) | 129 | 3.566  | 6.507  | 0.573 |
|                     | Non-Help-seeker   | 99  | 3.919  | 5.922  | 0.595 |
| CTS INFORTUNIO      | Help-seeker (CAV) | 129 | 3.860  | 4.970  | 0.438 |
|                     | Non-Help-seeker   | 99  | 3.414  | 4.967  | 0.499 |

Tabella 5.14 Analisi descrittiva delle scale CTS-2 nei due gruppi

#### T-Test

|                     | t      | df  | p                   | Cohen's d |
|---------------------|--------|-----|---------------------|-----------|
| CTS NEGOZIAZIONE    | -3.688 | 226 | < .001 <sup>a</sup> | -0.493    |
| CTS VIOLENZA PSICO. | 1.472  | 226 | 0.143               | 0.197     |
| CTS VIOLENZA FISICA | 1.400  | 226 | 0.163               | 0.187     |
| CTS VIOLENZA SESS.  | -0.422 | 226 | 0.673               | -0.056    |

Tabella 5.15 t-test per campioni indipendenti riguardante le scale del CTS-2

L'unica significatività che troviamo è quella riguardante la scala della negoziazione ( $t=-3.688$ ,  $p<.001$ ) e  $d=-0.493$ , il che suggerisce che i partner delle NHS siano bravi a negoziare e così facendo mantenere le donne all'interno della relazione.

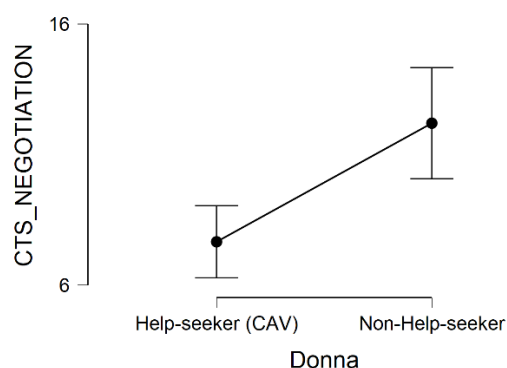


Figura 5.16 t-test per campioni indipendenti riguardante la scala della negoziazione del CTS-2

Per quanto riguarda tutte le altre scale, la media dei due gruppi non si discosta mai l'una dall'altra significativamente.

### 5.3 Analisi di correlazione

Nella sezione seguente verranno riportate le correlazioni risultate significative. Le correlazioni di Pearson sono state condotte tra le sottoscale e i punteggi totali di tutti i questionari presi in esame in questo lavoro (Scala COVID/CTS-2/VITA/DERS/PTSQ e RSES).

È stata eseguita inizialmente un'analisi di correlazione di Pearson tra le scale del CTS2 e la scala che misura il peggioramento della violenza a causa delle restrizioni anti-COVID-19 nelle vittime di IPV. Risultano una correlazione negativa debole tra la scala COVID-19 e la capacità di negoziazione del partner ( $r = -.26$ ), una correlazione positiva moderata tra scala COVID-19 e aggressione psicologica ( $r = .47$ ), una correlazione positiva elevata tra scala COVID-19 e aggressione fisica ( $r = .50$ ), una correlazione positiva moderata tra scala COVID-19 e coercizione sessuale ( $r = .35$ ) e infine una correlazione positiva moderata tra scala COVID19 e infortunio ( $r = .47$ ).

Successivamente le correlazioni risultate significative e interessanti sono:

-Correlazioni positive moderate tra la sottoscala della violenza fisica della scala COVID e quelle del terrore ( $r = .23$ ) e della paura ( $r = .23$ ) del VITA;



- Correlazioni positive moderate tra la sottoscala della violenza psicologica della scala COVID e quelle della vergogna ( $r = .43$ ), terrore ( $r = .40$ ), paura ( $r = .38$ ) e senso di colpa ( $r = .33$ ) del VITA;
- Una correlazione moderata tra la scala della violenza psicologica della scala COVID e la scala dell'intrusione del PTSQ pari a  $r = .33$ ;
- Una correlazione positiva moderata tra la sottoscala dell'aggressione fisica del CTS-2 e quelle del terrore e della vergogna del VITA, pari rispettivamente a  $r = .30$  e  $r = .27$ ;
- Correlazioni moderate tra la scala dell'aggressione psicologica del CTS-2 e tutte le scale del VITA (paura  $r = .35$  /terrore  $r = .36$  /vergogna  $r = .36$  e colpa  $r = .26$ )
- Una correlazione negativa moderata tra la sottoscala della negoziazione (CTS-2) e quelle del terrore ( $r = -.39$ ), vergogna ( $r = -.30$ ) e paura ( $r = -.26$ );
- Una correlazione positiva moderata tra l'intrusività misurata dal PTSQ e il terrore misurato dal VITA ( $r = .46$ );
- Una correlazione positiva moderata tra la sottoscala dell'iperattivazione del PTSQ e quella del terrore misurato dal VITA ( $r = .37$ );
- Una correlazione positiva elevata tra la sottoscala del PTSQ dell'intrusività e quella della vergogna (VITA) ( $r = .53$ );
- Una correlazione positiva moderata tra Intrusività e senso di colpa, sottoscale rispettivamente del PTSQ e del VITA ( $r = .44$ );
- Una correlazione elevata negativa,  $r = -.65$ , tra il punteggio totale alla RSES e il punteggio totale della DERS-SF e per tutte le sue sottoscale (in particolare quella relativa alle strategie,  $r = -.61$ );
- Una correlazione moderata negativa tra il punteggio totale alla RSES e gli affetti di vergogna ( $r = -.32$ ) e senso di colpa ( $r = -.39$ );
- Una correlazione moderata negativa tra il punteggio totale alla RSES e due domini del PTSQ, intrusione e iperarosual, rispettivamente di  $r = -.29$  e  $r = -.35$ .

| Variable            | 1        | 2      | 3       | 4       | 5       | 6      | 7        | 8        | 9       | 10       | 11       | 12       | 13       | 14       | 15       | 16       | 17       |
|---------------------|----------|--------|---------|---------|---------|--------|----------|----------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 COVID             | —        |        |         |         |         |        |          |          |         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 2 Negoziazione      | -.258*** | —      |         |         |         |        |          |          |         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 3 Viol. Psicologica | .472***  | .031   | —       |         |         |        |          |          |         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 4 Viol. Fisica      | .489***  | .135*  | .619*** | —       |         |        |          |          |         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 5 Viol. Sessuale    | .295***  | .051   | .489*** | .550*** | —       |        |          |          |         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 6 Infortuni         | .456***  | .081   | .584*** | .859*** | .521*** | —      |          |          |         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 7 VITA – Tot.       | .187**   | -.111  | .176**  | .165*   | .211**  | .167*  | —        |          |         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 8 Paura             | .253***  | -.162* | .172**  | .159*   | .207**  | .207** | .841***  | —        |         |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 9 Terrore           | .015     | -.165* | .055    | .052    | .103    | -.015  | .730***  | .370***  | —       |          |          |          |          |          |          |          |          |
| 10 Vergogna         | .181**   | .055   | .197**  | .188**  | .202**  | .210** | .863***  | .668***  | .426*** | —        |          |          |          |          |          |          |          |
| 11 Colpa (senso di) | .063     | -.007  | .059    | .053    | .115    | .067   | .470***  | .360***  | .286*** | .497***  | —        |          |          |          |          |          |          |
| 12 Trauma – Tot.    | -.012    | .074   | .056    | -.017   | .095    | -.010  | .411***  | .330***  | .208**  | .457***  | .867***  | —        |          |          |          |          |          |
| 13 Intrusione       | .137*    | .017   | .132*   | .057    | .108    | .048   | .544***  | .455***  | .328*** | .537***  | .787***  | .713***  | —        |          |          |          |          |
| 14 Evitamento       | -.096    | .056   | -.054   | -.050   | -.014   | -.039  | .267***  | .143*    | .182**  | .325***  | .714***  | .586***  | .470***  | —        |          |          |          |
| 15 Iperattivazione  | .021     | -.060  | .041    | -.014   | .063    | -.024  | .370***  | .291***  | .250*** | .358***  | .738***  | .660***  | .494***  | .504***  | —        |          |          |
| 16 DERS - Totale    | .147*    | -.106  | .016    | .140*   | .068    | .169*  | .070     | .040     | .022    | .107     | .493***  | .284***  | .218***  | .160*    | .084     | —        |          |
| 17 Strategie        | .083     | -.023  | .061    | .124    | .178**  | .157*  | .381***  | .298***  | .253*** | .375***  | .775***  | .522***  | .528***  | .406***  | .472***  | .463***  | —        |
| 18 Non-Acettazione  | -.051    | -.034  | -.132*  | -.113   | -.157*  | -.132* | -.291*** | -.289*** | -.062   | -.352*** | -.653*** | -.607*** | -.516*** | -.335*** | -.440*** | -.440*** | -.517*** |

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

Tabella 5.17 correlazioni tra tutte le scale utilizzate

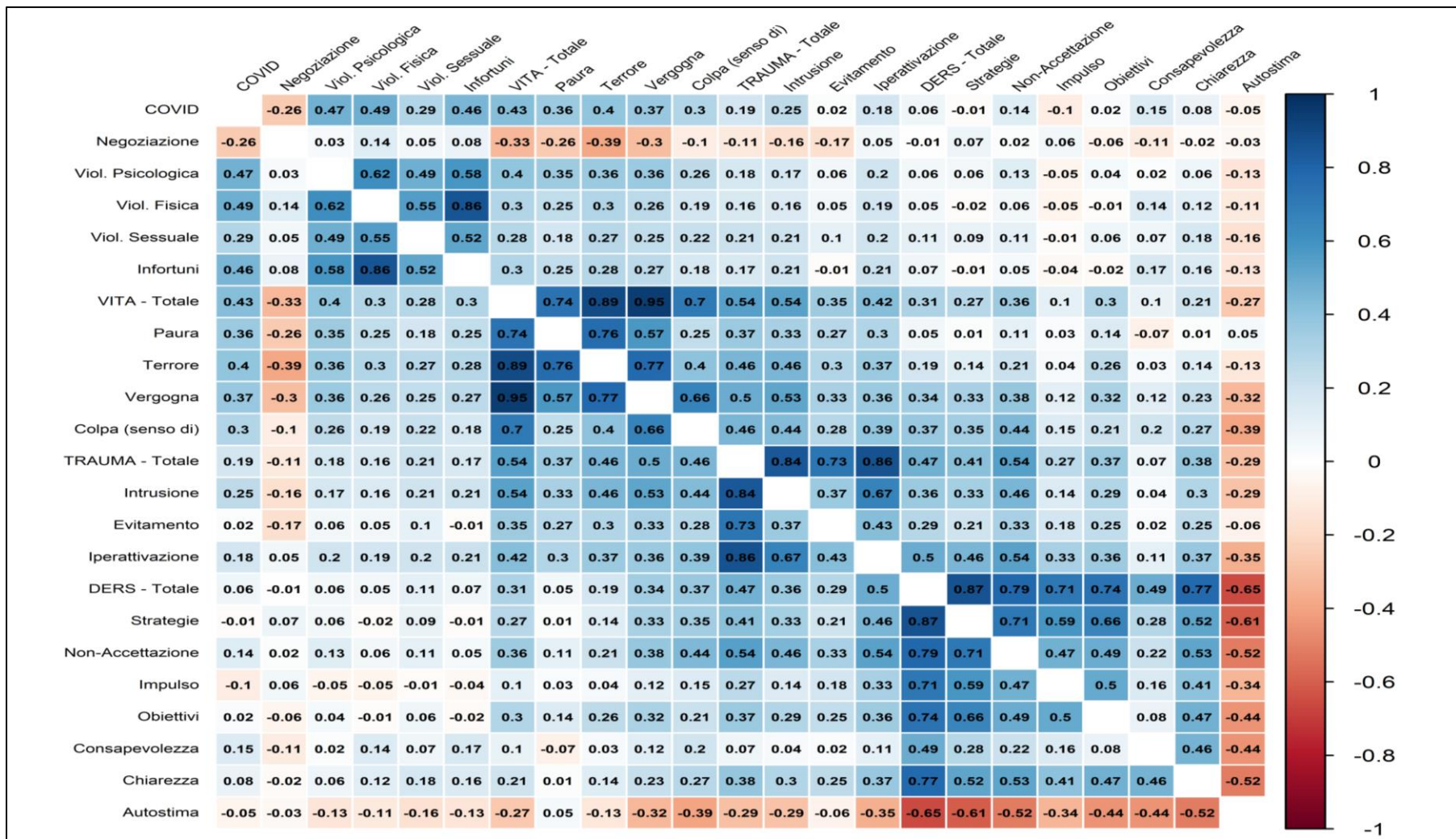


Figura 5.18 Heatmap correlazioni tra tutte le scale utilizzate

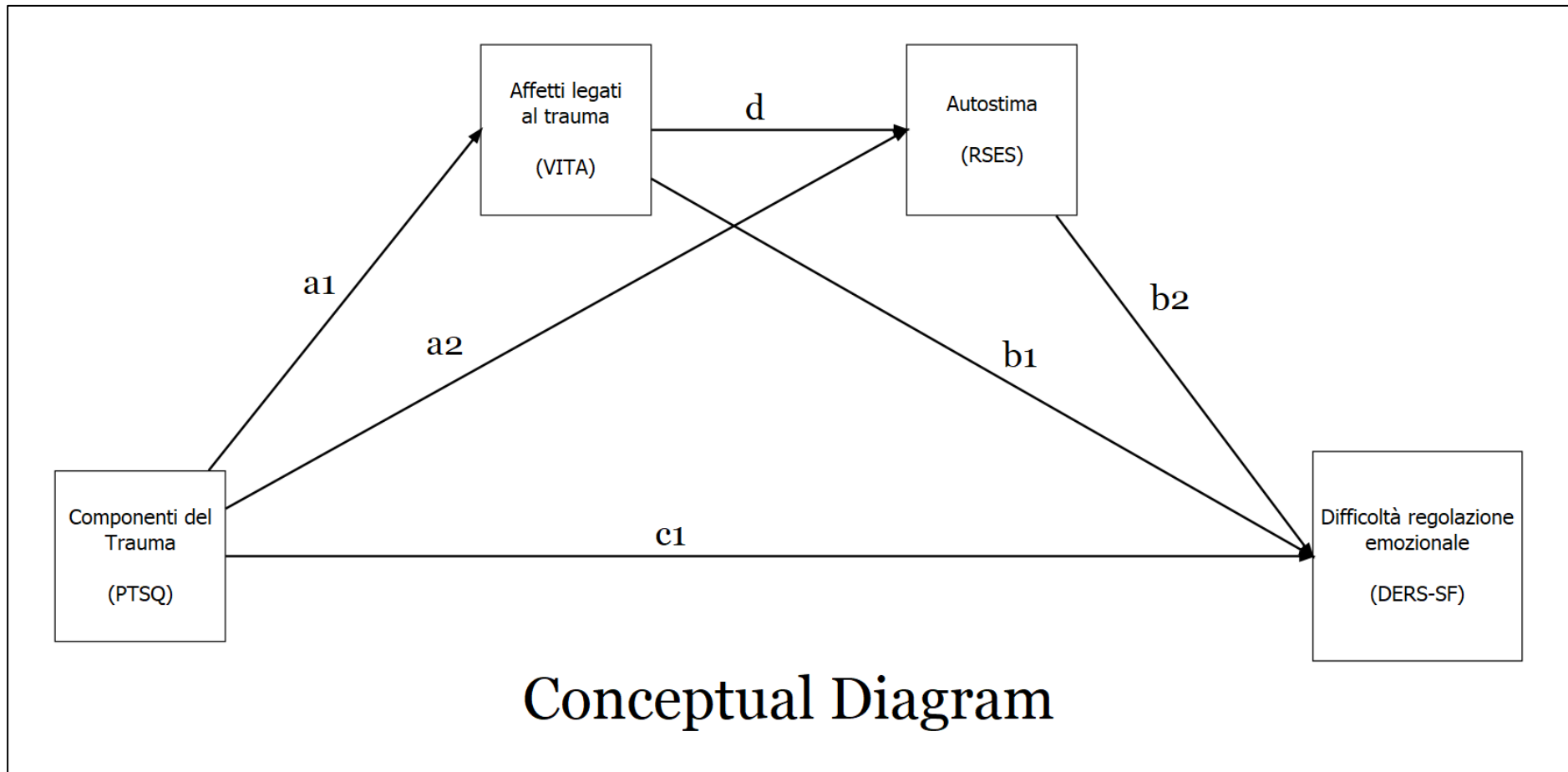


Figura 5.19 rappresentazione del modello ipotizzato

## 5.4 Analisi di mediazione

Infine è stata condotta un'analisi di mediazione volta a verificare il modello da noi proposto

|                                 |         | B      | $\beta$ (SE)   | z-value | p           | 95% CI [L;U]     | $R^2$ |
|---------------------------------|---------|--------|----------------|---------|-------------|------------------|-------|
| TRAUMA (X) → VITA (M1)          | a1      | 0.542  | 1.244 (0.128)  | 9.732   | $p < 0.001$ | [0.993; 1.494]   |       |
| VITA (M1) → SELF-ESTEEM (M2)    | d       | -0.153 | -0.038 (0.018) | -2.040  | $p = 0.043$ | [-0.074; -0.001] |       |
| SELF-ESTEEM (M2) → DERS (Y)     | b2      | -0.565 | -1.412 (0.122) | -11.582 | $p < 0.001$ | [-1.650; -1.173] | 0.512 |
| TRAUMA (X) → DERS (Y)           | c1      | 0.312  | 0.439 (0.079)  | 5.575   | $p < 0.001$ | [0.284; 0.593]   |       |
| TRAUMA (X) → SELF-ETSEEM (M2)   | a2      | -0.208 | -0.117 (0.042) | -2.765  | $p = 0.006$ | [-0.200; -0.034] |       |
| VITA (M1) → DERS (Y)            | b1      | -0.011 | -0.007 (0.034) | -0.194  | $p = 0.846$ | [-0.073; 0.060]  |       |
| Eff. Indiretto: X → M1 → Y      | a1*b1   | -0.006 | -0.008 (0.042) | -0.194  | $p = 0.847$ | [-0.096; 0.084]  |       |
| Eff. Indiretto: X → M2 → Y      | a2*b2   | 0.117  | 0.165 (0.061)  | 2.706   | $p = 0.007$ | [0.066; 0.275]   |       |
| Eff. Indiretto: X → M1 → M2 → Y | a1*d*b2 | 0.047  | 0.066 (0.033)  | 1.980   | $p = 0.042$ | [0.001; 0.130]   |       |
| Effetto totale                  |         | 0.470  | 0.661 (0.082)  | 8.051   | $p < 0.001$ | [0.496; 0.830]   |       |

Tabella 5.20 Tabella analisi di mediazio

Il modello di mediazione ipotizzato (*Figura 5.14*) è un modello saturo; quindi, non vengono riportati gli indici fit – in quanto, presenta indici perfetti.

Secondo l'ABH, l'esperienza traumatica della violenza subita (X), misurata con il PTSQ, era positivamente associata all'affetto traumatico (M1), misurata con il VITA; path a1:  $\beta = 1.244$  (0.128),  $z = 9.732$ ,  $p < 0.001$ ; [95%CI: 0.993; 1.494].

A sua volta all'affetto traumatico (M1) era negativamente associato con l'autostima (M2), misurata con la Rosenberg Self-Esteem scale; path d:  $\beta = -0.038$  (0.018),  $z = -2.040$ ,  $p = 0.043$ ; [95%CI: -0.074; -0.001]

Infine, l'autostima (M2) era negativamente associata con la disregolazione emotiva (Y), misurata con la DERS-SF; path b2:  $\beta = -1.412$  (0.122);  $z = -11.582$ ,  $p < 0.001$ ; [95%CI: -1.650; -1.173] – confermando così l'effetto di buffer dell'autostima.

Inoltre, sempre in linea con l'ABH, l'autostima (M1) è risultata negativamente associata all'esperienza traumatica (X); path a2:  $\beta = -0.117$  (0.042);  $z = -2.765$ ,  $p = 0.006$ ; [95%CI: -0.200; -0.034] – rivelando ulteriormente l'effetto di buffer dell'autostima sui sintomi legati al trauma.

Inoltre, l'esperienza traumatica della violenza (X) è rimasta positivamente associata alla disregolazione emotiva (Y); path c1:  $\beta = 0.439$  (0.079);  $z = 5.575$ ,  $p < 0.001$ ; [95%CI: 0.284; 0.593] – suggerendo un modello di mediazione parziale.

L'effetto indiretto totale (esperienza traumatica → affetto traumatico → autostima → disregolazione emotiva) è statisticamente significativo:  $\beta = 0.066$  (0.033);  $z = 1.980$ ,  $p = 0.042$ ; [95%CI: 0.001; 0.130]. Inoltre, anche l'effetto totale del modello è statisticamente significativo:  $\beta = 0.661$  (0.082),  $z = 8.051$ ,  $p < 0.001$ ; [95%CI: 0.496; 0.830].

## **CAPITOLO 6**

### **DISCUSSIONE**

Questo studio si propone di amplificare le voci delle donne che subiscono violenza da parte dei loro partner e di contribuire alla letteratura precedentemente pubblicata sull'argomento, andando a delineare un quadro della condizione psicologica della donna vittima di violenza durante la pandemia da COVID-19 la quale ha costretto la popolazione a rimanere nelle loro case per scongiurare la diffusione del virus. Si sono analizzati in particolare i costrutti psicologici della disregolazione emotiva (DERS-SF), dell'autostima (RSES), gli affetti legati al trauma (VITA) e l'esperienza traumatica (PTSQ) in questa popolazione particolare di donne vittima di IPV.

Questo lavoro evidenzia gli effetti delle restrizioni imposte per gestire la pandemia da COVID-19 sulla violenza contro le donne da parte del partner; si evidenzia infatti come i limiti imposti per il contenimento del virus abbiano esacerbato questo problema (Barbara et al., 2020; Bradbury-Jones & Isham, 2020; World Health Organization [WHO], 2020; Istituto di Statistica Italiana [ISTAT], 2020; Lau et al., 2020).

Al presente studio hanno partecipato donne sia che si erano affidate a un CAV (HS), sia che non lo avevano fatto (NHS); tra questi due gruppi si è rilevata una differenza significativa ( $t = 5.094$ ,  $p < .001$ ): il gruppo delle donne seguite da un CAV risulta infatti aver percepito un aggravamento della propria condizione a causa del COVID-19 maggiore rispetto a coloro che non erano seguite. Il valore della  $d$  di Cohen ( $d = .68$ ) indica un effetto mediamente grande.

Sebbene la scala COVID-19 da noi utilizzata permettesse unicamente di valutare la percezione dell'aggravamento della violenza da parte della donna risulta confermata la veridicità di questa percezione di peggioramento; infatti successivamente all'analisi dei dati è emerso come all'aumentare della percezione di aggravamento della violenza subita corrisponde un aumento dell'effettiva gravità di essa. I risultati ottenuti, utilizzando tale scala (scala COVID-19), sembrano confermare il cosiddetto “paradosso della pandemia” descritto da Bradbury-Jones e Isham (2020) infatti, diverse donne partecipanti (help-seeker e non help-seeker) riferiscono di aver percepito l'aumentare della violenza subita da parte del partner a causa delle restrizioni.

La forma di abuso di cui un numero maggiore di vittime ha identificato un peggioramento è la violenza psicologica, la quale risulta anche la più vissuta sia dal gruppo HS che NHS. Il 94% delle help-seeker, infatti, percepiva un aggravamento di questa forma di violenza, in particolare il 30% affermava che la propria condizione si fosse aggravata “moltissimo” dall’inizio della pandemia. Anche un’elevata percentuale di donne (79%) appartenenti al gruppo delle non help-seeker (NHS) ha rivelato un peggioramento della violenza psicologica, di cui il 21% “moltissimo”.

Al contrario, la violenza sessuale sembra essere la forma di IPV meno influenzata dalle restrizioni anti COVID-19: infatti solo il 23% delle HS e il 17% delle NHS hanno segnalato un'intensificazione di questa forma di violenza.

Tra le vittime che hanno cercato aiuto, l'84% ha riferito di un'escalation della violenza economica, anche la maggioranza (64%) delle NHS ha vissuto lo stesso incremento. Questo peggioramento vissuto da entrambi i gruppi potrebbe essere una conseguenza della mancanza di occupazione lavorativa “fuori casa” sia da parte delle donne (molte di esse infatti svolgevano un lavoro precario prima della comparsa del virus) che eventualmente del partner a causa delle restrizioni imposte; gli stressor economici infatti, che si sono generati durante il periodo di pandemia possono aver portato a un aumento di violenza economica nelle relazioni intime (Van Gelder et al., 2020; Gresham et al., 2021).

Risulta non indifferente anche la percezione del peggioramento dell’IPV fisico: questa forma di violenza viene infatti riportata dal 65% delle utenti seguite da un CAV e dal 35% delle NHS; questa forma di IPV sembra risultare la forma più lampante di violenza e quella che fa sì, nella maggior parte dei casi, la donna si rivolga al CAV.

Sebbene, come detto precedentemente, non si possa avere una misura effettiva del peggioramento in quanto si è andati a misurare la percezione delle donne stesse, le correlazioni tra la scala di peggioramento della violenza a causa del COVID-19 e le scale del CTS-2, che riflettono una misura della gravità delle violenze subite, permettono di ipotizzare che la percezione delle donne di aggravamento corrisponda a una reale gravità degli abusi subiti.



La percezione di peggioramento degli abusi subiti riscontrata in questo studio è in linea con la letteratura che riporta come stressor familiari, economici e sociali possano determinare un aumento di IPV (Gelder et al., 2020; Gresham et al., 2021); difatti l'isolamento forzato, l'aumento di alcolici in casa (Campbell, 2002), l'insorgenza di paure legate al contagio (Moreira & Pinto da Costa, 2020) andavano a creare un ambiente alimentante la perpetrazione di IPV. A prova di ciò l'aumento della violenza da parte del partner è stato registrato anche a seguito di catastrofi naturali, le quali condividono numerose caratteristiche con la situazione pandemica vissuta (Adams et al., 1984).

Il confronto tra le medie dei punteggi, mediante t-test, ottenuti nella scala relativa alla percezione di peggioramento della condizione di violenza a seguito delle restrizioni anti COVID-19 ha rivelato quindi una differenza significativa tra le donne appartenenti al gruppo HS e le donne NHS (che non si sono quindi rivolte a un centro antiviolenza).

Queste differenze potrebbero essere indicative delle difficoltà che i servizi di assistenza hanno dovuto superare per adeguare la loro offerta di servizi a causa delle limitazioni. Per le donne che ricevevano aiuto da un CAV, l'attuazione delle restrizioni potrebbe aver causato la brusca interruzione delle loro attività presso tali strutture, in particolare in termini di incontri in presenza; infatti, secondo l'indagine CNR-IRPSS per il progetto ViVa (2020), solo l'11% dei CAV in Italia è riuscito a rimanere accessibile fisicamente. Per il gruppo NHS invece, le restrizioni anti COVID-19 possono aver ostacolato la ricerca di un primo aiuto in seguito alla violenza maturata durante la chiusura forzata nell'ambiente domestico.

Inoltre, gli stressor finanziari, la mancanza di sostegno sociale e, soprattutto, la convivenza con il perpetratore di violenza possono ulteriormente impedire alla vittima di IPV di cercare aiuto o individuare opportunità per abbandonare la relazione violenta (Gresham et al., 2021).

L'occupazione lavorativa infatti più rappresentata dalle partecipanti è quella delle disoccupate, casalinghe o lavoratrici precarie, questo suggerisce come, probabilmente, a causa della pandemia molte donne si siano trovate a smettere di lavorare durante il lockdown; questo le ha lasciate senza alcuna scusa valida per spiegare al maltrattante, che si trovava costretto a casa con loro, il motivo del perché uscivano dall'abitazione considerando che tutti i negozi (tranne quelli che vendono beni di prima necessità) chiese, scuole e luoghi di ritrovo erano stati chiusi.

Le capacità di negoziazione del partner durante i conflitti di coppia, rilevata dalla scala della negoziazione del CTS-2 e confrontata tra i due gruppi mediante t-test è risultata significativamente differente ( $t=-3.688$ ,  $p<.001$ ) e  $d=-0.493$ ; il che suggerisce appunto come i che i partner delle donne facenti parte del gruppo delle Non Help-Seekers siano maggiormente capaci a mettere in atto strategie volte a non interrompere (a negoziare) il rapporto con la partner e, così facendo, mantenere le donne all'interno della relazione. È stata rilevata inoltre una correlazione negativa moderata tra la sottoscala della negoziazione e gli affetti misurati dal VITA (terrore ( $r= -.39$ ), vergogna ( $-.30$ ) e paura ( $-.26$ )), questo perché, probabilmente, la messa in atto di comportamenti volti a risolvere la situazione tramite il dialogo da parte del partner abusante, riesca a tranquillizzare la donna facendone così diminuire in parte gli affetti misurati dal VITA.

Si è rilevato inoltre come l'aggravamento della violenza fisica e psicologica porti le donne a esperire maggiormente quelli che sono gli affetti legati rilevati dal VITA (paura, terrore, senso di colpa e vergogna); questo in maniera maggiore quando aumenta la violenza psicologica rispetto a quella fisica.

L'aumento della violenza psicologica, infatti, risulta anche l'unica scala della scala COVID-19 che correla positivamente e significativamente con la scala dell'intrusione del PTSQ, delineando come quindi la violenza psicologica abbia effetti molto importanti sulla salute psicologica della donna stessa.

Le scale relative alla violenza fisica e psicologica del CTS-2 correlano anch'esse con gli affetti misurati dal VITA, anche qua in maniera più forte per quanto riguarda l'aggressione psicologica.

Ulteriore correlazione esaminata è quella tra l'intrusività (misurata dal PTSQ) e il dominio del terrore (VITA) che risulta pari a  $.46$ , mostrando come all'aumentare del terrore aumentino quindi i pensieri intrusivi; la sottoscala dell'iperattivazione, sempre del PTSQ, correla con quella del terrore  $.37$  quindi in maniera minore rispetto a quella tra intrusività e terrore.

Il terrore quindi, definito da Semi (2008) in termini di reazione che inibisce il pensiero. in queste donne è di tipo più intrusivo rispetto che ansioso e iperattivante, si tratta quindi di un terrore dato da un pensiero intrusivo che non lascia scampo.

Questa intrusività correla in maniera moderata anche con l'affetto della vergogna e del senso di colpa (VITA).

Un'ultima correlazione presa in esame è quella tra l'autostima (punteggio totale RSES) e i punteggi ottenuti negli altri questionari: si è rilevato come l'autostima correli negativamente con tutte le sottoscale della DERS-SF, in particolare quella delle strategie; questa correlazione risulta elevata e negativa, a indicare come all'aumentare dell'autostima in queste donne si possa andare ad attenuare gli effetti negativi della disregolazione delle emozioni.

Inoltre, le correlazioni negative dell'autostima con gli affetti del VITA (vergogna e senso di colpa) e con i due domini di intrusione e iperarosual del PTSQ portano a supporre che un aumento dell'autostima possa andare a migliorare la situazione psicologica della donna e a tamponare molti affetti negativi.

L'autostima è risultata bassa nei due gruppi vittime di IPV (misurata tramite RSES); questo è in linea con studi precedenti che hanno utilizzato tale strumento per confrontare il livello di autostima in un gruppo di donne vittime di IPV con donne che non hanno mai subito maltrattamenti (Orava et al., 1996; Zlotnick et al., 2006). A differenza di quanto ipotizzato da Petersen e colleghi (2005) però non sono state riscontrate differenze significative nei punteggi dell'RSES tra il gruppo delle help-seeker e quello delle non help-seeker. La bassa autostima inoltre porta spesso a una riluttanza a interagire con l'ambiente e a comunicare con gli altri. Le persone con un'alta autostima, d'altro canto, sono più inclini a essere più aperte e comunicare.

Le donne con bassa autostima quindi, poiché probabilmente eccessivamente sensibili, possono mettere in atto strategie volte a evitare un ulteriore rifiuto/disapprovazione da parte dell'altro e quindi risultare meno abili nel cimentarsi e nel mantenere relazioni che siano soddisfacenti. Inoltre, esse spesso possiedono scarse abilità di coping e una minor consapevolezza delle proprie risorse, aspetti che risultano però fondamentali per un buon funzionamento generale dell'individuo (Zeigler-Hill, 2013).

L'autostima ha quindi la funzione di proteggere l'individuo dagli effetti dannosi degli eventi negativi (Zeigler-Hill, 2013). Nel contesto del nostro lavoro questa scarsa considerazione che le donne hanno di sé stesse potrebbe impedire all'autostima di

svolgere tale funzione cuscinetto – propria dell'ABH: il contesto stressante e potenzialmente traumatico della violenza domestica può determinare così conseguenze devastanti sulla salute fisica e psichica delle vittime.

I risultati ottenuti in questo studio mediante analisi di mediazione, volte a dimostrare il modello secondo il quale l'autostima potesse andare a mediare quella che è la relazione tra trauma (e affetti a esso collegati) e disregolazione emotiva nelle donne vittime di IPV, mostrano come questa disregolazione emotiva emerga come “conseguenza” di un trauma interpersonale (Ehring & Quack, 2010) e contribuisca alla mancanza di benessere delle vittime

La disregolazione emotiva può ostacolare la capacità di un individuo di gestire efficacemente scenari altamente stressanti e, di conseguenza, influenzare il suo benessere. L'Anxiety Buffer Hypothesis prima descritta ha evidenziato però l'effetto positivo dell'autostima sul benessere degli individui, sembra infatti agire come una sorta di "scudo" contro il terrore e la paura associati alle esperienze traumatiche (Greenberg et al., 1992; Kesebir et al., 2011). Ciononostante, solo pochi studi hanno indagato il ruolo dell'autostima, secondo l'ABH, nelle donne vittime di IPV (ad esempio, Kesebir et al., 2011). L'autostima (2 mediatore) sembra quindi agire come un cuscinetto contro i sintomi psicologici legati agli affetti traumatici, (VITA, 1 mediatore), pertanto può agire come fattore protettivo per aiutare le vittime a superare eventuali esperienze traumatiche scaturite dall'IPV confermando quindi le precedenti ricerche condotte in questo campo (e.g., Abdollahi et al., 2011; Kesebir et al., 2011; Rossi et al., 2020; Solomon et al., 1997; Weindl et al., 2020).

Sebbene l'autostima sembra rappresenti un fattore protettivo per le vittime di violenza, potrebbe non essere l'unico ad agire nella relazione tra affetti traumatici e disregolazione emotiva: In letteratura, ad esempio, troviamo altri due fattori che potrebbero giocare un ruolo fondamentale in questo senso: il sostegno sociale alle donne vittime di IPV (Carlson et al., 2002; Kesebir et al., 2011) e il loro stile di attaccamento (La Flair et al., 2015; Mannarini et al., 2017; Mannarini & Boffo, 2014; Scott & Babcock, 2009; Spencer et al., 2021).

In merito a ciò, Carlson et al. (2002) hanno dimostrato come il supporto sociale possa svolgere un ruolo fondamentale nel tamponare le conseguenze delle esperienze di IPV;

esso, infatti, sembra contribuire a migliorare le strategie di coping e l'autostima di queste donne.

Per quanto riguarda lo stile di attaccamento, Scott e Babcock (2009) hanno dimostrato come uno stile di attaccamento ansioso o dipendente possa andare a moderare la relazione tra la vittimizzazione e i sintomi posttraumatici.

### **6.1 Considerazioni cliniche**

La ricerca (Bybee & Sullivan, 2002; Trabold et al., 2018) ha evidenziato come interventi sia a breve che a lungo termine, messi in atto dai centri antiviolenza (CAV), abbiano un impatto positivo sulla qualità di vita di queste donne.

Questi interventi, infatti, possono aiutare a innalzare il livello di benessere individuale, in particolare riducendo i sintomi fisici e mentali che derivano dal trauma. Inoltre, possono sia aiutare a utilizzare le risorse personali in modo più efficace, sia a ricercare e mantenere relazioni sociali supportanti che vanno a ridurre la possibilità di ri vittimizzazione di queste donne.

Interventi psicoeducativi in cui si lavori sulla gestione del proprio vissuto emotivo, implementando così le capacità regolatorie delle emozioni sono quindi auspicabili.

È consigliabile inoltre per questi centri, in vista dei risultati ottenuti, offrire interventi basati sul potenziamento dell'autostima alle proprie utenti.

### **6.2 Limiti e punti di forza dello studio**

Questo studio ha sicuramente un grande punto di forza, che risiede nella portata innovativa di quanto studiato.

Un'altra peculiarità è stata quella di aver discriminato le donne che hanno subito violenza in base alla loro richiesta d'aiuto presso i CAV o meno, dividendole in help-seeker e non help-seeker.

Tra le limitazioni rilevate nel seguente studio rientra la numerosità del campione, sia proveniente dai centri sia delle donne non help-seekers reclutate con un campionamento a valanga. È da aggiungere inoltre l'eterogenea distribuzione geografica dei CAV aderenti al progetto, difatti di ben undici regioni Italiane non vi è neanche un CAV partecipante. Inoltre, il campione di donne selezionato fa riferimento a uno specifico momento storico (pandemia da COVID-19), i risultati ottenuti quindi potrebbero differire in vittime di IPV relative ad altri contesti.

### **6.3 Prospettive future**

Questo studio ha saputo mettere in rilievo le conseguenze delle varie tipologie di violenza subita da parte del partner; nella progettazione degli interventi basati sui costrutti oggetto di questa tesi quindi si potrebbe tenere conto delle specifiche influenze delle varie forme di violenza che le donne subiscono, differenziando l'intervento in base a esse.

Questa ricerca ha fornito preziose informazioni preliminari circa la situazione dell'IPV in Italia durante la pandemia da COVID-19. I dati riguardanti la percezione di peggioramento della situazione a causa delle restrizioni suggeriscono come l'appena passata emergenza sanitaria abbia peggiorato la situazione di vita della donna vittima di violenza da parte del partner; sarebbe utile quindi condurre ulteriori ricerche sull'impatto dell'isolamento sulle vittime di IPV.

Come sottolineato da Bybee et al. (Bybee & Sullivan, 2002; Trabold et al., 2018) l'intervento psicologico per queste donne risulta di fondamentale importanza; si consiglia quindi, per studi futuri, di considerare le varie forme di supporto che i vari centri antiviolenza offrono per comprendere al meglio quale forma di programma possa risultare la più efficace nella riduzione del disagio psicologico.

Data quindi l'importanza che questi centri assumono riguardo il miglioramento della qualità di vita della vittima, risulta importante la sensibilizzazione della popolazione riguardante l'efficacia del lavoro che viene svolto all'interno di queste strutture di sostegno e sulle possibilità concrete che ogni donna ha di cercare aiuto presso uno di essi.

Si riconosce anche l'utilità dell'organizzare incontri nelle scuole (soprattutto per ragazzi in età adolescenziale) riguardanti questi temi, per informarli sulle possibilità che esistono per uscire da una relazione violenta e per far conoscere loro le diverse forme di violenza, che vanno ben oltre quella solamente fisica. Come riportato in letteratura infatti l'aggressione psicologica viene considerata meno grave, rispetto quella fisica, e meno soggetta a richieste d'aiuto (Capezza & Arriaga, 2008; Langhinrichsen-Rohling et al., 2004; Sorenson & Thomas, 2009), al contrario però essa, come emerso anche dalle nostre analisi risulta una componente fondante dell'IPV in quanto questa forma di violenza spesso precede tutte le altre (Salis et al., 2014); risulta di fondamentale importanza saper riconoscere precocemente, da parte della donna, i primi episodi di violenza psicologica in modo tale da poter intervenire immediatamente. Si ravvisa quindi l'importanza di

interventi e incontri volti all'educazione in merito a questa forma di violenza e su come identificarla.

Le donne vittime spesso tendono a non percepire un'altra forma di violenza da parte del partner come tale: la violenza sessuale.

Questo avviene poiché esse possono avvertire legittima questa imposizione dei rapporti sessuali anche nei momenti in cui provano disagio o non sono consenzienti (Jaffe et al., 2017).

Anche questo tipo di violenza però ha un forte impatto sul funzionamento generale della donna e sul suo livello di disagio psicologico; risulta importante anche per questa forma di IPV fare informazione sia nelle fasce più giovani della popolazione che muovono i loro primi passi nelle relazioni d'intimità sia nella popolazione adulta, spesso non sufficientemente informata, sottolineando come un atto sessuale non consenziente rientri a pieno nella categoria delle violenze sessuali.

È fondamentale che le donne siano consapevoli dei pericoli di questo tipo di violenza prima che causi danni irreversibili all'apparato riproduttivo, alla salute mentale e alle capacità sociali.

Risulta infine necessario condurre ricerche future per implementare altri fattori protettivi oltre all'autostima.

## **Bibliografia**

- Abdollahi, A., Pyszczynski, T., Maxfield, M., & Luszczynska, A. (2011). Posttraumatic stress reactions as a disruption in anxiety-buffer functioning: Dissociation and responses to mortality salience as predictors of severity of posttraumatic symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 329–341. <https://doi.org/10.1037/a0021084>
- Abramsky, T., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., Jansen, H. A., & Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109>
- Adams, P. R., & Adams, G. R. (1984). Mount Saint Helens's ashfall: Evidence for a disaster stress reaction. *American Psychologist*, 39(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.39.3.252>
- Afifi, T. O., MacMillan, H., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Mental Health Correlates of Intimate Partner Violence in Marital Relationships in a Nationally Representative Sample of Males and Females. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(8), 1398–1417. <https://doi.org/10.1177/0886260508322192>
- Albert, M. S., Jones, K., Savage, C. R., Berkman, L., Seeman, T., Blazer, D., & Rowe, J. W. (1995). Predictors of cognitive change in older persons: MacArthur studies of successful aging. *Psychology and Aging*, 10(4), 578–589. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.10.4.578>



- Aldao, A., & Dixon-Gordon, K. L. (2013). Broadening the Scope of Research on Emotion Regulation Strategies and Psychopathology. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(1), 22–33. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.816769>
- American Psychiatric Association, A. P., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association. (n.d.).
- Antonucci, T. C., & Jackson, J. S. (1987). *Social support, interpersonal efficacy, and health: A life course perspective*. In L. L. Carstensen & B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 291–311). Pergamon Press. (n.d.).
- Archer, J. (2000). *Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review*. *Personality and Social Psychology Review*, 126(5), 133–153. (n.d.).
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1023–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.07.001>
- Bagwell-Gray, M. E., Messing, J. T., & Baldwin-White, A. (2015). Intimate Partner Sexual Violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(3), 316–335. <https://doi.org/10.1177/1524838014557290>
- Baker, C. R., & Stith, S. M. (2008). Factors Predicting Dating Violence Perpetration Among Male and Female College Students. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17(2), 227–244. <https://doi.org/10.1080/10926770802344836>
- Barbara, G., Facchin, F., Micci, L., Rendiniello, M., Giulini, P., Cattaneo, C., Vercellini, P., & Kustermann, A. (2020). COVID-19, Lockdown, and Intimate Partner Violence: Some Data from an Italian Service and Suggestions for Future

- Approaches. *Journal of Women's Health*, 29(10), 1239–1242.  
<https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8590>
- Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., & Mead, H. K. (2007). Polyvagal Theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological Psychology*, 74(2), 174–184.  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2005.08.008>
- Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L., & Hagewood, J. H. (2011). *Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: Shame, guilt, and PTSD. Behavior therapy*, 42(4), 740-750. (n.d.).
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1129–1148. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.008>
- Ben-Naim, S., Hirschberger, G., Ein-Dor, T., & Mikulincer, M. (2013). An experimental study of emotion regulation during relationship conflict interactions: The moderating role of attachment orientations. *Emotion*, 13(3), 506–519.  
<https://doi.org/10.1037/a0031473>
- Bennett, D. H., & Holmes, D. S. (1975). Influence of denial (situation redefinition) and projection on anxiety associated with threat to self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(5), 915–921. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.32.5.915>
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 959–975. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025>

- Boden, M. T., Westermann, S., McRae, K., Kuo, J., Alvarez, J., Kulkarni, M. R., . . . & Bonn-Miller, M. O. (2013). *Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: A prospective investigation. Journal of Social and Clinical Psychology, 32(3), 296-314.* (n.d.).
- Boserup, B., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2020). Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Emergency Medicine, 38(12), 2753–2755.* <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.077>
- Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing, 29(13–14), 2047–2049.* <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>
- Breiding, M. J., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C., & Mahendra, R. (2015). *intimate partner violence surveillance uniform definitions and recommended data elements. 164.* (n.d.).
- Brown, G. W., Bifulco, A., Veiel, H. O. F., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25(5), 225–234.* <https://doi.org/10.1007/bf00788643>
- Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2002). The Process Through Which an Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time. *American Journal of Community Psychology, 30(1), 103–132.* <https://doi.org/10.1023/a:1014376202459>
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Wynne, C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine, 162(10), 1157.* <https://doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>

- Campbell, R., Dworkin, E., & Cabral, G. (2009). An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault On Women's Mental Health. *Trauma, Violence, & Abuse, 10*(3), 225–246. <https://doi.org/10.1177/1524838009334456>
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse, 3*(2), 231–280. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
- Capezza, N. M., & Arriaga, X. B. (2008). You can degrade but you can't hit: Differences in perceptions of psychological versus physical aggression. *Journal of Social and Personal Relationships, 25*(2), 225–245. <https://doi.org/10.1177/0265407507087957>
- Carlson, B. E., McNutt, L. A., Choi, D. Y., & Rose, I. M. (2002). Intimate Partner Abuse and Mental Health. *Violence Against Women, 8*(6), 720–745. <https://doi.org/10.1177/10778010222183251>
- Clements, C. M., & Sawhney, D. K. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria, and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 219–240. <https://doi.org/10.1023/a:1007702626960>
- Coan, J. A., & Allen, J. J. (2004). Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion. *Biological Psychology, 67*(1–2), 7–50. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2004.03.002>
- Coid, J., Petrukevitch, A., Feder, G., Chung, W. S., Richardson, J., & Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *The Lancet, 358*(9280), 450–454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05622-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05622-7)
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social Support Protects against the Negative Effects of Partner

- Violence on Mental Health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(5), 465–476. <https://doi.org/10.1089/15246090260137644>
- Cole, J., Logan, T., & Shannon, L. (2005). Intimate Sexual Victimization Among Women With Protective Orders: Types and Associations of Physical and Mental Health Problems. *Violence and Victims*, 20(6), 695–715. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.20.6.695>
- Cole, T., Policastro, C., Crittenden, C., & McGuffee, K. (2020). Freedom to Post or Invasion of Privacy? Analysis of U.S. Revenge Porn State Statutes. *Victims & Offenders*, 15(4), 483–498. <https://doi.org/10.1080/15564886.2020.1712567>
- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica Istanbul, 11 maggio 2011.* (n.d.).
- Cornegliani, E. (2021, November 24). *I centri antiviolenza ancora senza soldi: hanno ricevuto solo il 2% dei fondi nazionali stanziati nel 2020. "E non si pensa alla prevenzione."* Il Fatto Quotidiano. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2021/11/24/i-centri-antiviolenza-ancora-senza-soldi-hanno-ricevuto-solo-il-2-dei-fondi-nazionali-stanziati-nel-2020-e-non-si-pensa-alla-prevenzione/6401432/>
- Crane, C. A., Godleski, S. A., Przybyla, S. M., Schlauch, R. C., & Testa, M. (2016). The Proximal Effects of Acute Alcohol Consumption on Male-to-Female Aggression. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(5), 520–531. <https://doi.org/10.1177/1524838015584374>
- Crowne, S. S., Juon, H. S., Ensminger, M., Burrell, L., McFarlane, E., & Duggan, A. (2010). Concurrent and Long-Term Impact of Intimate Partner Violence on

- Employment Stability. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1282–1304.  
<https://doi.org/10.1177/0886260510368160>
- Dhouib, H., Omri, S., Daoud, M., Amar, W. B., Smaoui, N., Feki, R., Bouali, M. M., Charfi, N., & Maalej, M. (2021). Intimate partner violence and self-esteem. *European Psychiatry*, 64(S1), S836–S836.  
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2208>
- Dixon, L., & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1145–1155. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.001>
- Dobash, R. E., & Dobash, R. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy* (pp. 179-206). New York: Free Press. (n.d.).
- Dutton, D., & Corvo, K. *Transforming a flawed policy: A call to revive psychology and science in domestic violence research and practice. Aggression and Violent Behavior, Volume 11, September 2006, pp. 457-483.* (n.d.).
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. (n.d.).
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*, 41(4), 587–598. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.004>
- Elmqvist, J., Hamel, J., Shorey, R. C., Labrecque, L., Ninnemann, A., & Stuart, G. L. (2014). Motivations for Intimate Partner Violence in Men and Women Arrested for Domestic Violence and Court Referred to Batterer Intervention Programs. *Partner Abuse*, 5(4), 359–374. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.5.4.359>
- Fearn, M., Marino, C., Spada, M. M., & Kolubinski, D. C. (2021). Self-critical Rumination and Associated Metacognitions as Mediators of the Relationship

- Between Perfectionism and Self-esteem. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 40(1), 155–174. <https://doi.org/10.1007/s10942-021-00404-4>
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607–619. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018>
- Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative trauma: The impact of child sexual abuse, adult sexual assault, and spouse abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 25–35. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090104>
- Follingstad, D. R., & Bush, H. M. (2014). Measurement of intimate partner violence: A model for developing the gold standard. *Psychology of Violence*, 4(4), 369–383. <https://doi.org/10.1037/a0037515>
- Foran, H. M., & O’Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1222–1234. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.05.001>
- Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., & Casagrande, M. (2020). COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4151. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114151>
- Frederick L. Coolidge & Laura W. Anderson, *Journal of Family Violence* volume 17, pages117–131 (2002). (n.d.).
- Fugate, M., Landis, L., Riordan, K., Naureckas, S., & Engel, B. (2005). Barriers to Domestic Violence Help Seeking. *Violence Against Women*, 11(3), 290–310. <https://doi.org/10.1177/1077801204271959>

- Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. (1997).  
*American Journal of Psychiatry*, *154*(8), 1114–1119.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1114>
- Gazzetta Ufficiale*. (2020, March 11).  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/11/20A01605/sg>
- Gibbs, A., Dunkle, K., & Jewkes, R. (2018). Emotional and economic intimate partner violence as key drivers of depression and suicidal ideation: A cross-sectional study among young women in informal settlements in South Africa. *PLOS ONE*, *13*(4), e0194885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194885>
- Golding, J. M. (1999). *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A metaanalysis*. *Journal of family violence*, *14*(2), 99-132. (n.d.).
- Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2016). The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*(8), 1137–1148.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>
- Gonzalez-Guarda, R. M., Vermeesch, A. L., Florom-Smith, A. L., McCabe, B. E., & Peragallo, N. P. (2013). Birthplace, Culture, Self-Esteem, and Intimate Partner Violence Among Community-Dwelling Hispanic Women. *Violence Against Women*, *19*(1), 6–23. <https://doi.org/10.1177/1077801212475336>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and*



<https://doi.org/10.1023/b:joba.00000007455.08539.94>

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2009).

An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *S*(1), 18–26.

<https://doi.org/10.1037/1949-2715.s.1.18>

Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S., &

Lyon, D. (1990). Evidence for terror management theory II: The effects of mortality salience on reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(2), 308–318.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.2.308>

Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror Management Theory of

Self-Esteem and Cultural Worldviews: Empirical Assessments and Conceptual Refinements. *Advances in Experimental Social Psychology*, 61–139.

[https://doi.org/10.1016/s0065-2601\(08\)60016-7](https://doi.org/10.1016/s0065-2601(08)60016-7)

Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., Simon,

L., & Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*(6), 913–922.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.913>

Gresham, A. M., Peters, B. J., Karantzas, G., Cameron, L. D., & Simpson, J. A. (2021).

Examining associations between COVID-19 stressors, intimate partner violence, health, and health behaviors. *Journal of Social and Personal Relationships*, *38*(8),

2291–2307. <https://doi.org/10.1177/02654075211012098>

Gross, J. J. (1998). *The emerging field of emotion regulation: An integrative review.*

*Review of general psychology*, *2*(3), 271–299. (n.d.).

- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Hammen, C., Kim, E. Y., Eberhart, N. K., & Brennan, P. A. (2009). Chronic and acute stress and the prediction of major depression in women. *Depression and Anxiety*, 26(8), 718–723. <https://doi.org/10.1002/da.20571>
- Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduced mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(1), 24–36. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.1.24>
- Hobfoll, S. E., & Leiberman, J. R. (1987). Personality and social resources in immediate and continued stress resistance among women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 18–26. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.1.18>
- Horney, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. W W Norton & Co. (n.d.).
- Houston, B. K., Bloom, L. J., Burish, T. G., & Cummings, E. M. (1978). Positive evaluation of stressful experiences<sup>1</sup>. *Journal of Personality*, 46(2), 205–214. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1978.tb00175.x>
- Hughes, B. M. (2007). Self-esteem, performance feedback, and cardiovascular stress reactivity. *Anxiety, Stress & Coping*, 20(3), 239–252. <https://doi.org/10.1080/10615800701330218>
- ISTAT *Violenza sulle donne*. (n.d.). <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-e-accesso-delle-donne-alle-strutture-ospedaliere>
- ISTAT *Violenza*. (n.d.). <https://www.istat.it/it/archivio/violenza?page=1>
- Iverson, K. M., Bauer, M. R., Shipherd, J. C., Pineles, S. L., Harrington, E. F., & Resick, P. A. (2013). “Differential associations between partner violence and physical

- health symptoms among Caucasian and African American help-seeking women”:  
Correction to Iverson et al. (2011). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 166–166. <https://doi.org/10.1037/a0028194>
- Iverson, K. M., Litwack, S. D., Pineles, S. L., Suvak, M. K., Vaughn, R. A., & Resick, P. A. (2013). Predictors of Intimate Partner Violence Revictimization: The Relative Impact of Distinct PTSD Symptoms, Dissociation, and Coping Strategies. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 102–110. <https://doi.org/10.1002/jts.21781>
- Jaffe, A. E., Steel, A. L., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., & Gratz, K. L. (2017). Characterizing Sexual Violence in Intimate Relationships: An Examination of Blame Attributions and Rape Acknowledgment. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1–2), 469–490. <https://doi.org/10.1177/0886260517726972>
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and Control. *Violence Against Women*, 12(11), 1003–1018. <https://doi.org/10.1177/1077801206293328>
- Johnson, M. P., & Leone, J. M. (2005). The Differential Effects of Intimate Terrorism and Situational Couple Violence. *Journal of Family Issues*, 26(3), 322–349. <https://doi.org/10.1177/0192513x04270345>
- Jones, C. J., Livson, N., & Peskin, H. (2006). Paths of psychological health: Examination of 40-year trajectories from the Intergenerational Studies. *Journal of Research in Personality*, 40(1), 56–72. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.09.006>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion*, 24(2), 281–298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
- Kabile, J. (2012). «Pourquoi ne partent-elles pas?». *Les obstacles à la sortie de la situation de violence conjugale. Pouvoirs dans la Caraïbe. Revue du CRPLC*, (17), 161-198. (n.d.).

- Kesebir, P., Luszczynska, A., Pyszczynski, T., & Benight, C. (2011). Posttraumatic Stress Disorder Involves Disrupted Anxiety-Buffer Mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*(8), 819–841. <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.8.819>
- Kernic, M. A. & Holt, V. L. (2005). *Children in the crossfire: Child custody determinations among couples with a history of intimate partner violence. Violence Against Women, 11, 991-1021.* (n.d.).
- Kilpatrick, D. G. (2004). What Is Violence Against Women. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(11), 1209–1234. <https://doi.org/10.1177/0886260504269679>
- Kilpatrick, D. G., & Acierno, R. (2003). Mental health needs of crime victims: Epidemiology and outcomes. *Journal of Traumatic Stress, 16*(2), 119–132. <https://doi.org/10.1023/a:1022891005388>
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L., & Dutton, M. A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: A prospective study. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 507–516. <https://doi.org/10.1002/jts.20136>
- Krauss, L. A., Wilson, C. K., Padrón, E., & Samuelson, K. W. (2016). Maternal Trauma and Children’s Functioning: The Role of Kinship Social Support. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 25*(4), 421–435. <https://doi.org/10.1080/10926771.2016.1145161>
- Krug, E. G. (2012, June 16). *World report on violence and health.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>
- Kuster, F., Orth, U., & Meier, L. L. (2012). Rumination Mediates the Prospective Effect of Low Self-Esteem on Depression. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*(6), 747–759. <https://doi.org/10.1177/0146167212437250>
- Lacey, K. K., Shahid, H. R., & Jeremiah, R. D. (2021). Intimate Partner Violence and the Role of Child Maltreatment and Neighborhood Violence: A Retrospective Study

- of African American and US Caribbean Black Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2245.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18052245>
- La Flair, L. N., Bradshaw, C. P., Mendelson, T., & Campbell, J. (2015). Intimate Partner Violence and Risk of Psychiatric Symptoms: the Moderating Role of Attachment. *Journal of Family Violence*, 30(5), 567–577. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9681-2>
- Langhinrichsen-Rohling, J., Shlien-Dellinger, R. K., Huss, M. T., & Kramer, V. L. (2004). Attributions about Perpetrators and Victims of Interpersonal Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(4), 484–498.  
<https://doi.org/10.1177/0886260503262084>
- Lau, H., Khosrawipour, V., Kocbach, P., Mikolajczyk, A., Schubert, J., Bania, J., & Khosrawipour, T. (2020). The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *Journal of Travel Medicine*, 27(3).  
<https://doi.org/10.1093/jtm/taaa037>
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). *The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. British journal of medical psychology*, 74(4), 451-466. (n.d.).
- Lehrer, J. A., Shrier, L. A., Gortmaker, S., & Buka, S. (2006). Depressive Symptoms as a Longitudinal Predictor of Sexual Risk Behaviors Among US Middle and High School Students. *Pediatrics*, 118(1), 189–200. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1320>
- Lenore E. A. Walker. (2016). *The Battered Woman Syndrome. Springer Publishing Company*. (n.d.).

- Levine, S. Z., Laufer, A., Stein, E., Hamama-Raz, Y., & Solomon, Z. (2009). Examining the relationship between resilience and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 22*(4), 282–286. <https://doi.org/10.1002/jts.20409>
- Lilly, M. M., London, M. J., & Bridgett, D. J. (2014). Using SEM to examine emotion regulation and revictimization in predicting PTSD symptoms among childhood abuse survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(6), 644–651. <https://doi.org/10.1037/a0036460>
- Lipsitt, L.P. (1958). *A self-concept scale for children and its relationship to the childrens' form of the Manifest Anxiety Scale. Child Development, 29, 463-472.* (n.d.).
- López-Ossorio, J. J., González Álvarez, J. L., Buquerín Pascual, S., García, L. F., & Buela-Casal, G. (2017). Risk factors related to intimate partner violence police recidivism in Spain. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 17*(2), 107–119. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.12.001>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). *Learned helplessness: Theory and evidence. Journal of experimental psychology: general, 105*(1). (n.d.).
- Mannarini, S., Balottin, L., Munari, C., & Gatta, M. (2016). Assessing Conflict Management in the Couple. *The Family Journal, 25*(1), 13–22. <https://doi.org/10.1177/1066480716666066>
- Mannarini, S., & Boffo, M. (2013). The relevance of security: A latent domain of attachment relationships. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*(1), 53–59. <https://doi.org/10.1111/sjop.12091>
- Marie-France Hirigoye - *Molestie morali. La violenza perversa nella famiglia e nel lavoro, 2015.* (n.d.).

- Martin, J. B., & Pihl, R. (1985). The Stress-Alexithymia Hypothesis: Theoretical and Empirical Considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(4), 169–176. <https://doi.org/10.1159/000287876>
- Mburia-Mwalili, A., Clements-Nolle, K., Lee, W., Shadley, M., & Wei Yang. (2010). Intimate Partner Violence and Depression in a Population-Based Sample of Women: Can Social Support Help? *Journal of Interpersonal Violence*, 25(12), 2258–2278. <https://doi.org/10.1177/0886260509354879>
- McMahon, M., & Pence, E. (1996). Replying to Dan O’Leary. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(3), 452–455. <https://doi.org/10.1177/088626096011003012>
- McNulty, J. K., & Hellmuth, J. C. (2008). Emotion regulation and intimate partner violence in newlyweds. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 794–797. <https://doi.org/10.1037/a0013516>
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634–654. <https://doi.org/10.1177/1077801208319283>
- Meier, L. L., Orth, U., Denissen, J. J., & Kühnel, A. (2011). Age differences in instability, contingency, and level of self-esteem across the life span. *Journal of Research in Personality*, 45(6), 604–612. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.08.008>
- Moe, A. M. (2007). *Silenced voices and structured survival: Battered women’s help seeking*. *Violence against women*, 13(7), 676-699. (n.d.).
- Moreira, D. N., & Pinto Da Costa, M. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101606. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101606>
- Nixon, R. D., Resick, P. A., & Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress

- disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315–320.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.01.008>
- O’Leary, K. Daniel & Schumacher, Julie. (2004). *The association between alcohol use and intimate partner violence: Linear effect, threshold effect, or both?. Addictive behaviors*. 28. 1575-85. [10.1016/j.addbeh.2003.08.034](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.034). (n.d.).
- O’Neil, J. M., & Harway, M. (1997). A Multivariate Model Explaining Men’s Violence Toward Women. *Violence Against Women*, 3(2), 182–203.  
<https://doi.org/10.1177/1077801297003002005>
- Orava, T. A., McLeod, P. J., & Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11(2), 167–186.  
<https://doi.org/10.1007/bf02336668>
- Panayiotou, G., & Constantinou, E. (2017). Emotion dysregulation in alexithymia: Startle reactivity to fearful affective imagery and its relation to heart rate variability. *Psychophysiology*, 54(9), 1323–1334. <https://doi.org/10.1111/psyp.12887>
- Papadakaki, M., Tzamalouka, G. S., Chatzifotiou, S., & Chliaoutakis, J. (2008). Seeking for Risk Factors of Intimate Partner Violence (IPV) in a Greek National Sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(5), 732–750.  
<https://doi.org/10.1177/0886260508317181>
- Parkinson, D. (2017). Investigating the Increase in Domestic Violence Post Disaster: An Australian Case Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(11), 2333–2362.  
<https://doi.org/10.1177/0886260517696876>
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education Groups for Men Who Batter*. Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826179913>



- Petersen, R., Moracco, K. E., Goldstein, K. M., & Clark, K. A. (2005). Moving Beyond Disclosure: Women's Perspectives on Barriers and Motivators to Seeking Assistance for Intimate Partner Violence. *Women & Health, 40*(3), 63–76. [https://doi.org/10.1300/j013v40n03\\_05](https://doi.org/10.1300/j013v40n03_05)
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health, 15*(5), 599–611. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599>
- Piers, G., and Singer, M. (1971) *Shame and guilt: a psychoanalytic and cultural study*. Norton, New York (Original work published in 1953). (n.d.).
- Portnoy, G. A., Relyea, M. R., Street, A. E., Haskell, S. G., & Iverson, K. M. (2019). A Longitudinal Analysis of Women Veterans' Partner Violence Perpetration: the Roles of Interpersonal Trauma and Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Family Violence, 35*(4), 361–372. <https://doi.org/10.1007/s10896-019-00061-3>
- Reale, E. (2011). *Maltrattamento e violenza sulle donne. Vol. 2: Criteri, metodi e strumenti dell'intervento clinico*. FrancoAngeli, Milano, Italia. (Pag. 143). (n.d.).
- Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2006). Self and Health: Factors That Encourage Self-Esteem and Functional Health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61*(1), S44–S51. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.s44>
- Rhatigan, D. L., Street, A. E., & Axson, D. K. (2006). A critical review of theories to explain violent relationship termination: Implications for research and

- intervention. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 321–345.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.002>
- Richard J. Gelles. *Intimate Violence and Abuse in Families 2016*. (n.d.).
- Richardson, R. D., & Engel, C. C. (2004). Evaluation and Management of Medically Unexplained Physical Symptoms. *The Neurologist*, 10(1), 18–30.  
<https://doi.org/10.1097/01.nrl.0000106921.76055.24>
- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 72–82.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.09.006>
- Rochlin, G. (1965). *Griefs and discontents: The forces of change*. Boston: Little, Brown. (n.d.).
- Rogers, C.R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science (Vol. 3)*. New York: McGraw-Hill. (n.d.).
- Rosenberg, M., & Simmons, R.G. (1972). *Black and white self-esteem: The urban school child*. Washington, DC: American Sociological Association. (n.d.).
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. (n.d.).
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141. <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Rossi, A. A., Marconi, M., Taccini, F., Verusio, C., & Mannarini, S. (2021). From Fear to Hopelessness: The Buffering Effect of Patient-Centered Communication in a Sample of Oncological Patients during COVID-19. *Behavioral Sciences*, 11(6), 87. <https://doi.org/10.3390/bs11060087>

- Rossi, A. A., Panzeri, A., Taccini, F., Parola, A., & Mannarini, S. (2022a). The Rising of the Shield Hero. Development of the Post-Traumatic Symptom Questionnaire (PTSQ) and Assessment of the Protective Effect of Self-Esteem from Trauma-Related Anxiety and Depression. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00503-z>
- Rossi, A., Panzeri, A., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Castelnovo, G., & Mannarini, S. (2020). The Anxiety-Buffer Hypothesis in the Time of COVID-19: When Self-Esteem Protects From the Impact of Loneliness and Fear on Anxiety and Depression. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02177>
- S. (2012, June 6). *ArchivIA - Archivio istituzionale dell'Universita' di Catania: Intimate Partner Violence (IPV) related Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*. <http://dspace.unict.it/handle/10761/999>
- Salis, K. L., Salwen, J., & O'Leary, K. D. (2014). The Predictive Utility of Psychological Aggression for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, *5*(1), 83–97. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.5.1.83>
- 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. (2019). *Rivista Di Psichiatria*, *97*–108.
- Saxena, P., Dubey, A., & Pandey, R. (2011). *Role of Emotion Regulation Difficulties in Predicting Mental Health and Well-being*. (n.d.).
- Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence.

- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(3), 219–228.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01215.x>
- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes. *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress.*, 247–275.  
<https://doi.org/10.1037/10723-010>
- Schumacher, J. A., Coffey, S. F., Norris, F. H., Tracy, M., Clements, K., & Galea, S. (2010). Intimate Partner Violence and Hurricane Katrina: Predictors and Associated Mental Health Outcomes. *Violence and Victims*, 25(5), 588–603.  
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.5.588>
- Scott, S., & Babcock, J. C. (2009). Attachment as a Moderator Between Intimate Partner Violence and PTSD Symptoms. *Journal of Family Violence*, 25(1), 1–9.  
<https://doi.org/10.1007/s10896-009-9264-1>
- Shahar, G., & Davidson, L. (2003). Depressive symptoms erode self-esteem in severe mental illness: A three-wave, cross-lagged study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 890–900. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.71.5.890>
- Shepherd, L., & Wild, J. (2014). *Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals*. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(3), 360- 367. (n.d.).
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Febres, J., & Stuart, G. L. (2011). An Examination of the Association between Difficulties with Emotion Regulation and Dating Violence Perpetration. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 20(8), 870–885. <https://doi.org/10.1080/10926771.2011.629342>

- Sifneos, P. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2–6), 255–262.  
<https://doi.org/10.1159/000286529>
- Signorelli, M. S., Arcidiacono, E., Musumeci, G., Di Nuovo, S., & Aguglia, E. (2014). Detecting Domestic Violence: Italian Validation of Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2). *Journal of Family Violence*, 29(4), 361–369.  
<https://doi.org/10.1007/s10896-014-9594-5>
- Smith, M. B. (1978). Psychology and Values. *Journal of Social Issues*, 34(4), 181–199.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1978.tb00783.x>
- Smith, S. G., Zhang, X., Basile, K. C., Merrick, M. T., Wang, J., Kresnow, M., & Chen, J. (2018). *The national intimate partner and sexual violence survey: 2015 data brief—updated release*. (n.d.-a).
- Solomon, Z., Iancu, I., & Tyano, S. (1997). World Assumptions Following Disaster1. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(20), 1785–1798.  
<https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1997.tb01625.x>
- Sorenson, S. B., & Thomas, K. A. (2009). Views of Intimate Partner Violence in Same- and Opposite-Sex Relationships. *Journal of Marriage and Family*, 71(2), 337–352. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2009.00602.x>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240.  
<https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., & Stith, S. M. (2020). The Association between Attachment Styles and Physical Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Family Process*, 60(1), 270–284.  
<https://doi.org/10.1111/famp.12545>

- Stamatakis, E., Chau, J. Y., Pedisic, Z., Bauman, A., Macniven, R., Coombs, N., & Hamer, M. (2013). Are Sitting Occupations Associated with Increased All-Cause, Cancer, and Cardiovascular Disease Mortality Risk? A Pooled Analysis of Seven British Population Cohorts. *PLoS ONE*, 8(9), e73753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0073753>
- Stewart, A. E. (2000). *Adler, Alfred*. In A. E. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 1, pp. 37–39). Oxford University Press. (n.d.).
- Straus, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75. <https://doi.org/10.2307/351733>
- Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30(3), 252–275. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2007.10.004>
- 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(3), 283–316. (n.d.).
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological Abuse and Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Examining the Roles of Shame and Guilt. *Violence and Victims*, 16(1), 65–78. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.16.1.65>
- Taccini, F., Rossi, A. A., & Mannarini, S. (2022). Women’s EmotionS, Trauma and EmpowErMent (W-ES.T.EEM) study protocol: a psychoeducational support intervention for victims of domestic violence – a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 12(8), e060672. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060672>

- Temple, J. R., Weston, R., Rodriguez, B. F., & Marshall, L. L. (2007). Differing Effects of Partner and Nonpartner Sexual Assault on Women's Mental Health. *Violence Against Women, 13*(3), 285–297. <https://doi.org/10.1177/1077801206297437>
- Terror Management Theory – Ernest Becker Foundation. (n.d.). <https://ernestbecker.org/resources/terror-management-theory/>
- Testa, M., Livingston, J. A., & Leonard, K. E. (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors, 28*(9), 1649–1664. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.040>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2/3), 25. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Timmons, B. W., LeBlanc, A. G., Carson, V., Connor Gorber, S., Dillman, C., Janssen, I., Kho, M. E., Spence, J. C., Stearns, J. A., & Tremblay, M. S. (2012). Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0–4 years). *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism, 37*(4), 773–792. <https://doi.org/10.1139/h2012-070>
- Tjaden, P. G., & Thoennes, N. (1998). *Stalking in America: Findings from the National Violence Against Women Survey*. U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. (n.d.).
- TJjaden, P., & Thoennes, N. (2000). Prevalence and Consequences of Male-to-female and Female-to-male Intimate Partner Violence as Measured by the National Violence Against Women Survey. *Violence Against Women, 6*(2), 142–161. <https://doi.org/10.1177/10778010022181769>

- Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S., & Mittal, M. (2018). A Systematic Review of Intimate Partner Violence Interventions: State of the Field and Implications for Practitioners. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(2), 311–325. <https://doi.org/10.1177/1524838018767934>
- Troisi, G. (2018). Measuring Intimate Partner Violence and Traumatic Affect: Development of VITA, an Italian Scale. *Frontiers in Psychology, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01282>
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., Moffitt, T. E., Robins, R. W., Poulton, R., & Caspi, A. (2006). Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Developmental Psychology, 42*(2), 381–390. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.381>
- Umberson, D., Anderson, K., Glick, J., & Shapiro, A. (1998). Domestic Violence, Personal Control, and Gender. *Journal of Marriage and the Family, 60*(2), 442. <https://doi.org/10.2307/353860>
- Ungar, M. (2013). Resilience, Trauma, Context, and Culture. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(3), 255–266. <https://doi.org/10.1177/1524838013487805>
- Van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., & Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine, 21*, 100348. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>
- 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 Determinants of



- Health Approach. *Canadian Public Policy*, 37(3), 359–380.  
<https://doi.org/10.3138/cpp.37.3.359>
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2016). *Validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale (DERS-18) in five samples. Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 582–589. (n.d.).
- Violenza di genere al tempo del Covid-19: le chiamate al numero di pubblica utilità 1522.* (2023, February 17). <https://www.istat.it/it/archivio/242841>
- Walker, L. E. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44(4), 695–702. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.44.4.695>
- Walker, L. E. A. (1992). *Battered Women Syndrome and Self-Defense Symposium on Women & (and) the Law. Notre Dame Journal of Law, Ethics & Public Policy*, 6(2), 321–334. (n.d.).
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13–24. <https://doi.org/10.1080/09540260500466774>
- Watkins, L. E., DiLillo, D., & Maldonado, R. C. (2015). The interactive effects of emotion regulation and alcohol intoxication on lab-based intimate partner aggression. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 653–663.  
<https://doi.org/10.1037/adb0000074>
- Weindl, D., Knefel, M., Glück, T., & Lueger-Schuster, B. (2020). Emotion regulation strategies, self-esteem, and anger in adult survivors of childhood maltreatment in foster care settings. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 100163. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100163>
- Widom, C. S., Czaja, S., & Dutton, M. A. (2014). Child abuse and neglect and intimate partner violence victimization and perpetration: A prospective investigation.

*Child Abuse & Neglect*, 38(4), 650–663.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.004>

Winkler, R.C., & Myers, R.A. (1963). *Some concomitants of self-ideal discrepancy measures of self-acceptance*. *Journal of Counseling Psychology*, 10, 83-86. (n.d).

Woods, S. J. (2005). Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 394–402.

<https://doi.org/10.1177/0886260504267882>

Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803–810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>

Zeigler-Hill, V. (Ed.). (2013b). The importance of self-esteem. *Psychology Press*. <https://doi.org/10.4324/9780203587874>

Zhang, H., Wong, W. C. W., Ip, P., Fan, S., & Yip, P. S. F. (2014). Intimate Partner Violence Among Hong Kong Young Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(13), 2258–2277. <https://doi.org/10.1177/0886260514552442>

Zink, T., Jacobson, C. J., Pabst, S., Regan, S., & Fisher, B. S. (2006). A Lifetime of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 634–651. <https://doi.org/10.1177/0886260506286878>

Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36(11), 1523–1533. <https://doi.org/10.1017/s0033291706008282>