



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di filosofia, sociologia, pedagogia e  
psicologia applicata  
FISPPA

CORSO DI LAUREA in PSICOLOGIA CLINICO-  
DINAMICA

Tesi magistrale

Interruzione volontaria di gravidanza in Italia: una ricerca  
correlazionale sullo stigma dell'aborto e gli stereotipi di genere in  
un campione di donne italiane

Voluntary termination of pregnancy: a correlative research on the stigmatization of abortion and gender stereotypes in  
a sample of Italian women

***Relatrice***

Prof.ssa Maria Laura Bettinsoli

***Laureanda:*** Letizia Ruggeri

***Matricola:*** 2055457

Anno accademico: 2022-2023



# INDICE

INTRODUZIONE .....	5
CAPITOLO 1	
PROSPETTIVA STORICA .....	9
1.1 STORIA DELL'ABORTO VOLONTARIO .....	9
1.2 IL CONTESTO ITALIANO .....	15
CAPITOLO 2	
STATO DELLA LETTERATURA .....	23
2.1 STEREOTIPI DI GENERE E STIGMA DELL'ABORTO.....	24
2.2 MOTHERHOOD NORMS E SYSTEM JUSTIFICATION.....	31
2.3 BENESSERE BIO-PSICO-SOCIALE.....	40
CAPITOLO 3	
STUDIO SPERIMENTALE.....	51
3.1 METODOLOGIA .....	51
3.2 IPOTESI .....	52
3.3 PARTECIPANTI .....	53
3.4 STRUMENTI E PROCEDURA .....	54
3.4.1 STEREOTIPI DI GENERE, L'IDEOLOGIA SESSISTA E MATERNITÀ..	54

3.4.2 INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E STIGMA SOCIALE	
.....	56
3.4.3 SYSTEM JUSTIFICATION	57
3.4.4 RELAZIONE CON PARTNER	57
3.4.5 BENESSERE	58
3.5 RISULTATI	59
3.5.1 STATISTICHE DESCRITTIVE	59
3.5.2 CORRELAZIONI	60
3.5.3 MEDIE DELLE SITUAZIONI DI SUPPORTO ALL'ABORTO	61
3.5.4 REGRESSIONE LINEARE	62
3.5.5 ANALISI DI MEDIAZIONE	63
3.6 DISCUSSIONE DEI RISULTATI	67
CAPITOLO 4	
CONCLUSIONI	75
4.1 LIMITI DELLA RICERCA	75
4.2 PROSPETTIVE FUTURE	78
4.3 CONCLUSIONI	80
Bibliografia	83
Sitografia	103

# INTRODUZIONE

Con il termine interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in Italia si fa riferimento ad una tipologia di servizio sanitario a cui le donne possono decidere volontariamente di ricorrere se si trovano nelle condizioni di non potere, oppure di non volere, far fronte ad una gravidanza e alla successiva crescita adeguata di un figlio.

L'interesse rispetto al tema proposto nasce dal dibattito culturale e politico riaperto nell'ultimo periodo storico all'interno del contesto italiano e internazionale, come ad esempio la nuova legislazione negli Stati Uniti in materia oppure le molteplici polemiche avanzate internamente alla situazione politica italiana. Nello specifico, in Italia, l'accesso all'interruzione volontaria di gravidanza è garantita da una legge *ad hoc*, la quale ne regola i periodi, le scadenze e la metodologia; ciononostante, questa pratica medica-farmacologica suscita da sempre pareri discordanti. In effetti, la libertà decisionale delle donne costituisce un fattore di divisione per l'opinione dell'intera popolazione italiana, nella misura in cui l'aborto volontario viene considerata una scelta morale e non personale. Infatti, il dibattito non nasce da opinioni mediche contrastanti, bensì dal conflitto tra norme sociali e necessità che si presentano nella vita concreta delle persone.

Se spesso si sottolinea l'importanza di ricordarsi di come i diritti non dovrebbero essere dati per scontati o per acquisiti per sempre, il caso dell'aborto volontario è un esempio saliente che conferma questa prospettiva.

Nello specifico, nella presente tesi, il primo capitolo propone una rassegna storica del tema e si esplora il fenomeno da un punto di vista storico-sociale, prendendo in

considerazione la storia e i mutamenti dell'interruzione volontaria di gravidanza della sua intima correlazione con il concetto di maternità. Successivamente, si analizza nello specifico il contesto italiano: come all'interno di questo l'IVG sia regolamentata e come oggi questo tema venga vissuto nella quotidianità dalle persone, presentando al contempo i punti di forza e di debolezza della legge 194.

Nel secondo capitolo si procede con l'analisi della letteratura presente in ambito psicologico, esplorando il tema e creando un quadro di riferimento teorico su di esso. Nello specifico, vengono analizzati gli stereotipi di genere e lo stigma dell'aborto, le norme sulla maternità e la *system justification*, per esaminare infine il benessere bio-psico-sociale.

Nel terzo capitolo viene presentata la ricerca sperimentale svolta *online*: si indagano, in particolar modo, gli stereotipi di genere, sessismo, norme della maternità e *system justification* in relazione lo stigma sociale legato all'interruzione volontaria di gravidanza, focalizzandosi sulla loro influenza nella percezione di tale tipologia di intervento e sul permesso di abortire. Vengono quindi presentati il campione raccolto, la metodologia usata, descrivendo il questionario presentato alle partecipanti nonché i risultati ottenuti. Si propone quindi un'analisi dei dati conseguiti attraverso la somministrazione del questionario e una discussione dei risultati, strutturando un paragone con la letteratura in ambito psicologico.

Nell'ultimo capitolo si riassume lo scopo della ricerca in relazione ai dati ottenuti e alla analisi svolte, con l'obiettivo di proporre una riflessione su un tema molto importante a

livello sociale, il quale coinvolge l'intera comunità. Vengono quindi riportati i limiti metodologici della ricerca e si propongono riflessioni per eventuali sviluppi futuri sul tema.





## **CAPITOLO 1**

# **PROSPETTIVA STORICA**

### **1.1 STORIA DELL'ABORTO VOLONTARIO**

Con il termine aborto ci si riferisce all'interruzione di una gravidanza prima del suo termine fisiologico, ovvero prima della fine dei nove mesi di gestazione; ciò può avvenire per cause naturali e spontanee, oppure indotte.

Nel presente elaborato e nella ricerca proposta si è deciso di prendere in considerazione nello specifico il tema dell'aborto volontario, contestualizzandolo e analizzandolo all'interno del territorio italiano. Questo argomento, discusso ampiamente a livello sociale, presenta in effetti degli spunti di riflessione anche per svolgere un'analisi dal punto di vista psicologico.

Per comprendere in che modo questa scelta e questa pratica siano state viste nelle diverse epoche, ovvero come siano state affrontate a livello sociale, è fondamentale riprendere alcuni punti centrali della storia internazionale, focalizzandosi su quella europea e, in particolare, su quella italiana. Infatti, la storia dell'aborto si snoda e si elabora lungo l'intero asse terrestre contemporaneamente al variare e al continuo miglioramento di nozioni mediche e tecniche da un lato, di norme sociali, di ruoli di genere e di regolamentazioni giuridiche dall'altro. All'interno di una prospettiva storica si può quindi approfondire come il tema dell'aborto sia stato descritto e sia stato concettualizzato in modo diverso attraverso i differenti contesti e le relative culture. A livello teorico-

giuridico, invece, è possibile tracciare una cesura cardinale che divide il tempo in un prima e in un dopo. La rottura si verifica, in effetti, nel diciottesimo secolo e fu anticipata dalle scoperte scientifiche e mediche del secolo precedente, benché essa sia stata suggellata dall'avvento della Rivoluzione francese e dall'affermazione degli Stati nazionali (Galeotti, 2003).

Prima del diciottesimo secolo è infatti possibile trovare un filo invisibile che attraversa epoche, tradizioni e culture differenti, partendo da quelle dell'antica Grecia, passando attraverso la civiltà romana, il medioevo per arrivare fino al '700. Questo elemento di continuità è costituito dall'idea che l'aborto sia una questione che appartiene esclusivamente alle donne: infatti, essendo la gravidanza non visibile dall'esterno, solo la donna poteva accertare tale evento. Questo stato veniva visto alla pari di un risultato di un mutamento del corpo femminile e ciò che era racchiuso all'interno del corpo della donna era definito come un'appendice della stessa (Galeotti, 2003).

La prospettiva sociale, in queste epoche, non vedeva il feto come dotato di autonomia poiché esso veniva considerato in modo simile ad una parte del corpo materno: l'avvento delle religioni monoteiste, come l'ebraismo e il cristianesimo, ha sicuramente avuto un ruolo di influenza sottolineando il volere di Dio e della sua opera creatrice, senza tuttavia alterare l'idea generale per la quale gestazione, parto e interruzione della gravidanza dovessero rimanere questioni del solo mondo femminile. La gravidanza era quindi considerata analogamente ad un processo fisiologico esclusivamente femminile, il quale implicava un mutamento del corpo ed il cui trattamento era legato ai consigli e gli accorgimenti che si tramandavano oralmente da donna a donna. A causa delle basse aspettative di vita, sia per gli alti tassi di mortalità sia a causa della nutrizione povera e

carente, spesso era il primo movimento del feto l'evento che sanciva l'avvento della gravidanza, la quale veniva solo in quel momento riconosciuta anche a livello sociale.

La decisione di interrompere una gravidanza era esclusivamente di pertinenza femminile in quanto il contesto sociale e le istituzioni non si interessavano di quanto avveniva nel periodo che separa il concepimento dal il parto, così come dimostrano le poche testimonianze storiche che si hanno in merito (Galeotti, 2003) .

Non si può però parlare di libertà ed emancipazione, tenendo conto di quale fosse ad ogni modo, la considerazione della donna all'interno della società. Rimane importante sottolineare il modo in cui il femminile, nella visione culturale, trovava un senso di vita e giustificazione di esistenza soltanto in funzione della maternità e della procreazione, la quale, tuttavia, poteva avvenire unicamente all'interno del matrimonio: solo tale passaggio da stato di figlia a quello di moglie e poi di madre poteva scandire il progredire dell'esistenza di una donna, a prescindere dall'epoca storica in cui questa visse. Inoltre, nel momento in cui una donna perdeva la possibilità di procreare, essa restava priva di qualsiasi altro valore: l'unico pregio e dote del femminile era la fecondità, prospettiva che sottolinea implicitamente come, nel caso di sterilità, l'unica colpevole fosse la donna stessa (Galeotti, 2003).

La cesura con questa rappresentazione avviene a partire dalla Rivoluzione francese, ovvero nel momento in cui l'aborto assume una valenza pubblica: da questo momento storico in poi, si decide di tutelare il nascituro in quanto entità politicamente rilevante, definendolo dunque al pari di un individuo.

La matrice originaria di questa decisione politica e sociale era l'importanza di favorire l'aumento della popolazione, calata drasticamente in seguito alle guerre, alle pestilenze e

alle scoperte demografiche. Il tasso di natalità era un fattore fondamentale, il quale poteva assicurare la forza dello Stato; infatti, quest'ultimo aveva bisogno di cittadini-soldati e di cittadini-lavoratori per espandersi e dominare. In tale prospettiva, ogni bambino, e quindi ogni feto, diventava pertanto, fonte potenziale di ricchezza e potere, ovvero origine di profitto per lo Stato. Questa visione politica si diffuse presto in tutta Europa e in tutti gli Stati interni ad essa, permanendo anche nelle epoche successive (Galeotti, 2003).

La dimensione politica della natalità fu il risultato del passaggio da una gravidanza intesa al modo di un fatto interno alla donna, ad una gravidanza oggettivamente vista, mutamento che viene reso possibile dal nuovo ruolo assunto dai medici all'interno della società e dalle conoscenze scientifiche nel frattempo sviluppatesi, come la scoperta dei raggi X oppure i disegni all'interno di saggi medici, i quali mostravano i feti e il loro sviluppo (Galeotti, 2003). Queste scoperte scientifiche mutano gli equilibri di dominio, subordinando il ruolo e le conoscenze della donna all'autorità del principio scientifico: in questa nuova dimensione conoscitiva, tutto diventa pubblico, al punto che la futura madre diventa pubblica perfino a sé stessa, privata della sua stessa intimità, perché per riconoscersi incinta deve subire un intervento esterno che confermi il suo stato. Il feto è dunque un futuro individuo che riposa nel ventre materno e la sua relazione con la madre non lo definisce, in quanto essi vengono presentati come due soggetti autonomi (Galeotti, 2003). Nasce quindi la visione della gravidanza in termini relazionali tra due soggetti indipendenti e si enfatizza maggiormente la predestinazione biologica che rende la maternità un obbligo per la donna. Ne consegue che, se la gravidanza è un rapporto tra due entità autonome, ovvero la donna e il feto, si viene a creare un possibile conflitto tra le parti coinvolte qualora si debba scegliere quale interesse far predominare.

Quando si parla di aborto e dello stigma che ne deriva, è rilevante anche sottolineare il tema dell'adulterio: i casi di aborto riguardavano spesso gravidanze che erano il risultato di rapporti sessuali "illeciti", avvenuti cioè al di fuori dal matrimonio, ovvero senza essere uniti legalmente oppure con adulterio. La difesa della reputazione, soprattutto femminile, era dunque un'attenuante per scegliere l'aborto. Le legislazioni prevedevano infatti giustificazioni in base alle motivazioni che conducevano all'aborto (Galeotti, 2003). La cultura dell'onore è un tema che permette di comprendere quanto fosse, e sia tutt'ora importante per una donna mantenersi in una posizione sociale rispettabile: ad esempio, si consideri come in Italia il "delitto per onore" oppure i "matrimoni riparatori" siano stati a lungo tutelati da leggi specifiche, abrogate solo nel 1981, giustificando e tollerando abusi, violenze sessuali e femminicidi (Luca, 2021). La cultura dell'onore enfatizza infatti i valori patriarcali e, per effetto, anche la subordinazione femminile, contemplando positivamente la donna solo qualora essa mantenga una purezza sessuale ed un atteggiamento tanto modesto quanto di subordinazione decisionale rispetto alle figure del padre e del marito (Glick et al., 2016). In relazione a questa tematica e all'interruzione volontaria di gravidanza, si può altresì prendere in considerazione il tema dei contraccettivi. Infatti, contemporaneamente a ciò, avviene anche la rivoluzione contraccettiva, la quale introduce i preservativi maschili, prodotti inseriti nel mercato e diffusi su larga scala intorno alla metà dell'Ottocento con l'auspicio di ridurre i tassi di natalità nelle classi sociali inferiori e più povere. Questa rivoluzione in campo anticoncezionale ha permesso di evitare che il ritmo di crescita della popolazione potesse superare quello delle risorse, scongiurando una povertà diffusa (Galeotti, 2003).

Dopo la fine della Prima guerra mondiale furono adottati in tutta Europa provvedimenti sussidiari a favore delle famiglie numerose, inasprendo parallelamente le leggi

riguardanti la contraccezione e l'aborto, al fine di favorire, secondo l'atteggiamento imperialistico che si andava allora diffondendo, un più consistente incremento demografico. Nello specifico del contesto italiano, l'aborto venne quindi definito dalla direzione della Sanità alla stregua di un "male che si diffonde e si intensifica nelle Nazioni più evolute dove la donna, nell'egoistico desiderio di crearsi una vita emancipata, si allontana dalla sua missione naturale di sposa e madre" (Galeotti, 2003, pag. 100); inoltre, durante il governo fascista, con il Codice Rocco (1939), l'aborto volontario fu qualificato in quanto "delitto contro l'integrità della stirpe", legge che continuerà ad essere legalmente valida fino al 1971 (Quaglia, 2022).

Dunque, se da un lato la donna veniva considerata inadeguata a svolgere mansioni pubbliche o incapace di intraprendere carriere lavorative destinate esclusivamente agli uomini, dall'altro le veniva consegnato il ruolo di formazione di un essere umano, l'impresa assai più ardua e gravosa, come se la donna tanto disprezzata e ritenuta inadeguata non fosse la stessa che veniva stimata in quanto madre (De Beauvoir, 2013).

Solamente dopo la fine della Seconda guerra mondiale e con l'aumento dell'influenza dei movimenti femministi si inizia a notare un cambiamento nella struttura della società e dei ruoli all'interno di questa: con la "seconda ondata" del movimento femminista mentre si rimpiccioliscono i numeri riguardanti il tasso di natalità, aumentano invece quelli dei divorzi. In Italia, ad esempio, con il *referendum* sul divorzio e sull'aborto, si afferma la progressiva separazione tra Stato e Chiesa. Si avvia a livello internazionale un mutamento dell'idea di maternità, la quale non è più intesa come destino naturale della donna, bensì viene presentata in qualità di libera scelta: ad esempio, grazie alla pillola contraccettiva si inizia a controllare la propria capacità procreativa, sottolineando così la scissione tra

sessualità femminile e riproduzione. Si può introdurre in questo momento storico il termine autodeterminazione e affiancarlo alla donna, la quale può quindi decidere in merito alla sua fecondità, al proprio corpo e alla propria vita.

Il tema delle riforme che promuovono i diritti delle donne sottolinea come fino agli anni '70 fosse possibile distinguere, all'interno della macrocategoria della pratica abortiva, due tipologie di operazioni: quelle pericolose e rischiose, praticate con strumenti rudimentali, oppure quelle eseguite in cliniche di lusso, ad un prezzo costoso. Entrambi interventi illegali e clandestini, se non effettuati nei Paesi dove erano consentite, tali operazioni costituiscono dei fattori importanti che influenzano il tema degli stereotipi e dello stigma, i quali si intrecciano alla discussione interna all'interruzione volontaria di gravidanza. Ancora oggi, il consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite mette in risalto il problema degli aborti clandestini, i quali avvengono in posti non sicuri e con pratiche pericolose, coinvolgendo circa 47.000 donne ogni anno, delle quali oltre 5 milioni soffrono di qualche forma di disabilità, permanente o temporanea, derivante proprio dalla stessa operazione (*United Nations*, 2018).

## **1.2 IL CONTESTO ITALIANO**

L'aborto volontario, altrimenti definito con la dicitura "interruzione volontaria di gravidanza" (I.V.G.), in Italia è diventato legale, tutelato e disciplinato con l'approvazione della legge 194/1978 votata dagli elettori ed elettrici con il *referendum* abrogativo del 1981. È importante sottolineare che, prima di questo passaggio legislativo, l'aborto volontario era punibile dal Codice penale, il quale prevedeva come sanzione la reclusione in carcere sia del medico sia della donna sottoposta a tale intervento (Neri,

2019). Con l'approvazione della legge 194/1978, invece, lo Stato fornisce alla cittadina che vuole abortire mezzi idonei e luoghi specifici dove l'operazione di aborto possa avvenire in piena sicurezza igienico-sanitaria, tutelando inoltre tutti i professionisti che forniscono un simile supporto sanitario.

La legge sull'aborto volontario definisce due momenti specifici in cui è data la possibilità di interrompere la gravidanza: il primo momento è entro i 90 giorni dal concepimento e avviene in base alla libera decisione della donna; il secondo momento è posto dopo i 90 giorni di gestazione e si riferisce invece ad una pratica esclusiva per le situazioni specifiche indicate dalla legge. Infatti, questo secondo caso fa riferimento a circostanze in cui siano presenti fattori per i quali la gravidanza e il parto possono comportare un importante pericolo per la vita della donna. Si procede con l'interruzione di gravidanza terapeutica anche nel caso in cui vengano riscontrati sviluppi patologici, i quali possono costituire fattori di grave pericolo per la salute fisica oppure psichica della donna (Parachini & Pompili, 2022).

L'interruzione volontaria di gravidanza entro i primi 90 giorni avviene su decisione libera della donna, alla quale si fornisce, se richiesto, il diritto all'anonimato. Questa procedura può seguire due diversi percorsi, il primo farmacologico mentre il secondo chirurgico.

L'aborto farmacologico (anche detto chimico) può avvenire fino alla nona settimana di gestazione (63 giorni). Il procedimento prevede l'assunzione di una pastiglia di Mifepristone (Ru486) la quale interrompe la gravidanza e dopo 48 ore va assunto un analogo delle prostaglandine, con lo scopo di facilitare l'espulsione dell'embrione; questa procedura non prevede la necessità di alcun ricovero. L'aborto chirurgico si effettua invece entro i 90 giorni dall'inizio della gravidanza e prevede un ricovero *day-hospital* e l'utilizzo di anestesia locale o totale. Si tratta di una procedura chirurgica che ha il fine di



aspirare l'embrione, anche attraverso la dilatazione del collo dell'utero quando necessario (Panzeri & Fontanesi, 2021).

Nel contesto italiano la legge introduttiva dell'aborto ha conferito un ruolo centrale ai consultori familiari, i quali sono stati incaricati di informare la donna dei suoi diritti, facendo riferimento alla legislazione statale e regionale; i consultori forniscono inoltre indicazioni sui servizi assistenziali sanitari. Gli operatori e le operatrici sono incaricati di promuovere l'intervento di assistenza, proponendosi anche come punto di appoggio per aiutare la paziente a superare le eventuali cause che la inducono a interrompere una gravidanza (Siviero, 2017).

La legge 194 ha però molti limiti, riportati più volte dagli attivisti e dalle attiviste: infatti questa legge scaturisce dall'idea dell'aborto volontario nella qualità di ultima scelta, tanto è vero che, prima di procedere con la richiesta, si esorta il personale a cercare soluzioni alternative e a rimuovere gli ostacoli economici-sociali, escludendo in tal modo la possibilità che l'interruzione avvenga per scelta e non per bisogno. Se, da una parte, i lassi temporali entro i quali si può presentare la richiesta sono molto ristretti, un'ulteriore criticità della legge è dall'altra parte presentata dall'imposizione di una settimana di riflessione, a decorrere dal giorno della presentazione della richiesta, prima di poter accedere al servizio stesso. In aggiunta, i numeri dei consultori presenti sul territorio italiano non sono sufficienti per la totalità della popolazione, e non possono quindi fornire né un'informazione ed educazione sessuale adeguata né un intervento tempestivo quando subentrano problematiche (Freeda, 2023). Effettivamente, in generale, in Italia non è presente una legislazione applicata a livello nazionale sul tema dell'educazione sessuale e affettiva, situazione che aumenta il divario tra Nord e Sud del paese e che, per di più,

viola il diritto umano fondamentale di poter accedere all'educazione sessuale e affettiva (Panzeri & Fontanesi, 2021).

Un limite molto importante della legge 194 nasce dalla possibilità dei medici e del personale sanitario di opporsi quali obiettori di coscienza, per ragioni etiche e morali. Con obiezione di coscienza si indica la possibilità del personale sanitario di rifiutarsi di fornire supporto qualificato quando viene richiesta un'interruzione volontaria di gravidanza. Infatti, la legge italiana stabilisce che essi abbiano il diritto di sottrarsi a compiere un obbligo di legge, presentando una dichiarazione al medico provinciale; sono però esclusi da questa circostanza i casi in cui le condizioni di salute fisica della donna richiedente siano a rischio, ossia laddove il respingimento della domanda d'aborto ne mette a repentaglio la sopravvivenza. Ciò nonostante, l'obiezione di coscienza può essere revocata, e, soprattutto, lo status di obiettore non esonera dal fornire sostegno e soccorso antecedente e conseguente all'intervento. In Italia, si è tentato di espandere il diritto all'obiezione di coscienza anche ai farmacisti con un disegno di legge ancora fermo in commissione. Nel caso specifico, l'obiettivo era quello di esonerare i farmacisti dalla vendita dei dispositivi di contraccezione di emergenza ponendo la clausola di coscienza (Siviero, 2017), nonostante si tratti di farmaci anticoncezionali e non abortivi. Per comprendere in quale misura l'obiezione di coscienza sia applicata nel contesto sanitario nazionale, è importante sottolineare che ad oggi in Italia è presente un numero complessivo di 24 ospedali, ai quali si aggiungono 7 consultori, dove il cento per cento dello *staff*, formato da medici ginecologi, infermieri o operatori sanitari, sono obiettori di coscienza (Santi, 2022). Il problema dell'indisponibilità di strutture sanitarie e la mancanza di personale medico si riflette nelle cifre relative agli aborti clandestini. Nel

contesto italiano sono stati stimati all'incirca dai 10.000 ai 13.000 aborti clandestini ogni anno, mentre le IVG regolarmente registrate nel 2019 sono state 73.207, segnando una diminuzione del 4,1 % rispetto al 2018 (Brocardo, 2022). Per chi fa appello all'obiezione non sono previsti oneri compensativi, anzi, molto spesso si viene a creare l'effetto opposto: frequentemente chi non obietta ha difficoltà a crescere professionalmente ed è vittima di offese. Il Consiglio Europeo ha sottolineato come l'Italia sia un paese con rilevanti e consistenti difficoltà ad abortire e far abortire: il personale sanitario non obietto deve infatti svolgere lavoro e mansioni che non gli competono, subendo inoltre discriminazioni e denunce (*European Committee of Social Rights*, 2015). Analizzando ulteriormente la posizione dei sanitari, inoltre, è importante mettere in risalto la mancanza di una formazione universitaria adeguata nei percorsi di laurea sanitari in merito al tema dell'IVG e della contraccezione: agli studenti e alle studentesse mancano, e non vengono fornite, informazioni sui dispositivi contraccettivi e sull'utilizzo dei farmaci nel caso di interruzione volontaria di gravidanza, essendo l'IVG ancora un grande tabù (Camilli, 2023).

La situazione italiana in merito al tema dell'interruzione volontaria di gravidanza può essere in parte influenzata dalla visione cattolica predominante, la quale potrebbe condizionare e suggestionare in modo pervasivo il senso di moralità dei cittadini e delle cittadine della penisola. Infatti, l'interruzione volontaria di gravidanza è considerata come un serio peccato morale (Testoni et al., 2021). A ciò si aggiungono i movimenti antiabortisti, i quali promuovono il diritto alla vita e alla dignità di ogni persona, dal concepimento alla morte naturale. Già subito dopo l'approvazione della legge 194 venne per esempio fondato il Movimento Per la Vita (i.e. MPV) con posizione *pro-life*, il quale

si pose l'obiettivo di cancellare la legge ed eliminare i diritti della donna di decidere attraverso la presentazione di due *referendum*, entrambi respinti negli anni '80. Furono quindi creati i "Centri di Aiuto alla Vita" (i.e. CAV) con l'obiettivo di scoraggiare la scelta dell'IVG, inserendosi anche all'interno di ospedali pubblici. A seguito di spaccature interne al movimento, si è venuto a creare una lega di diversi gruppi politici, i quali hanno assunto posizioni sul tema della famiglia, dell'aborto, della sessualità ancora più intransigenti, accusando il MPV di essere sceso a compromessi che andavano contro l'ideologia del movimento (Siviero, 2022).

Oggi, in Italia, il tema dell'aborto è stato nuovamente affrontato e attaccato dai movimenti *pro-life*: l'intera popolazione femminile vive dunque oscillando tra una legge che permette l'aborto e i diversi ostacoli che non consentono di accedere alla procedura. Si può dunque notare il modo in cui l'applicazione della legge sembri dipendere soprattutto da variabili sociali e culturali: sicuramente la legge 194 è stata un passo fondamentale per tutte le cittadine appartenenti al Paese; tuttavia, così come si può evincere dal contesto tratteggiato, il percorso per rendere tale decisione libera, personale e individuale resta ancora incompiuto (Caruso, 2020). Inoltre, è importante porre una riflessione sul periodo pandemico appena vissuto e sulle numerose difficoltà che le donne italiane hanno dovuto affrontare durante tale periodo per richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza. Nella consapevolezza di una situazione di emergenza sanitaria globale e nazionale, bisogna comunque fare i conti con il fatto che i ritardi e la poca tempestività alle richieste hanno creato disagi nelle vite private di molte donne. Nell'aprile 2020, a seguito dei numerosi problemi relativi all'accesso del servizio di IVG, la Società italiana di ginecologia e ostetricia aveva suggerito e raccomandato di estendere

l'aborto farmacologico prevedendo una procedura da remoto, la quale risulta però ancora oggi esclusa all'interno dell'assistenza di telemedicina erogata all'interno del territorio italiano. Durante la pandemia, la piattaforma *online Women on Web*, è risultata di fondamentale aiuto per molte donne: si tratta di un'organizzazione *non profit* fondata nel 2005 in Olanda, la quale si occupa di fornire supporto all'IVG nei Paesi dove questa è limitata o illegale, anche grazie all'utilizzo della telemedicina. Sul sito sono presenti dei questionari che devono essere compilati nel momento in cui si presenta la domanda; tali questionari vengono poi valutati dalle ginecologhe dell'organizzazione e, se non sono presenti controindicazioni, vengono quindi prescritte e mandate per posta le pillole. Il percorso è monitorato telematicamente durante tutti i passaggi fino alla sua conclusione (Torrìsi, 2021).

In generale, quando si parla di interruzione volontaria di gravidanza in Italia emergono quindi diverse sfaccettature delle problematiche inerenti a tale servizio, siano esse di carattere sociale, formativo e culturale. Sono presenti difficoltà che concernono sia la parte delle pazienti, sia per il personale sanitario: dalle informazioni raccolte si viene a creare un labirinto di incongruenze legislative, le quali si aggiungono ai limiti personali ed economici, nonché alle complicazioni mediche e assistenziali che incidono sulla vita delle singole persone, determinando in modo irreversibile il loro futuro. Di conseguenza, si può affermare che, sebbene l'interruzione volontaria di gravidanza sia consentita per legge sul piano formale, essa non è però garantita dalla stessa a causa delle diverse e molteplici ragioni inibitorie sociali presenti. All'interno del contesto italiano, in definitiva, l'aborto volontario è narrato quasi esclusivamente come una scelta morale, e non al pari di un servizio medico garantito dalla legislazione.



## CAPITOLO 2

### STATO DELLA LETTERATURA

Dopo aver esaminato e fornito una prospettiva storica-culturale e sociale dell'interruzione volontaria di gravidanza, in questo capitolo si delinea lo stato della letteratura in ambito sociopsicologico inerente al tema dell'aborto volontario e alle variabili che subentrano in tale argomento.

La salute mentale della donna prima di attuare l'aborto rappresenta un fattore predittivo importante per il benessere dopo tale procedura (Major et al., 2000), pur non essendo in grado di dare una spiegazione a tutte le possibili variabili implicate. Per esempio, la scelta di ricorrere o non ricorrere all'IVG può essere influenzata dalla presenza di stereotipi negativi nella società nei confronti delle donne che decidono di interrompere una gravidanza, pregiudizi che portano alla percezione di queste ultime in termini stigmatizzati; tali stereotipi incidono allo stesso tempo anche sulla capacità di chiedere aiuto e sulla possibilità di fare riferimento a personale qualificato e preparato. Infine, anche le sfumature politiche che fanno da sfondo a questo tipo di decisioni possono minimizzare o esagerare le difficoltà emotive di coloro che decidono di intraprendere una simile decisione (Weitz et al., 2008).

Di seguito vengono quindi approfonditi questi temi, riportando anche ricerche condotte in campo psicologico-sociale, le quali hanno studiato il tema dell'interruzione volontaria di gravidanza associandola al contesto sociale di riferimento ed analizzando ciò che esso implica.

## 2.1 STEREOTIPI DI GENERE E STIGMA DELL'ABORTO

Nella letteratura riportata nelle seguenti pagine sono presenti diversi studi e ricerche che hanno come focus l'interiorizzazione di norme e stereotipi di genere presenti all'interno della società e dei gruppi. Si indaga come questi influenzino il singolo nella sua vita quotidiana e cosa essi implicino, nello specifico nella popolazione femminile.

Con il termine stereotipo si fa riferimento ad uno schema mentale all'interno del quale si possono trovare tutte le credenze che si posseggono su un gruppo di persone; la sua funzione è quella di razionalizzare la condotta comportamentale assunta nei confronti di una determinata categoria (Allport et al., 1954). In particolare, gli stereotipi di genere sono caratteristiche attribuite alle donne e agli uomini partendo dai rispettivi ruoli sociali, evitando di seguire le differenze di sesso con base biologica (Helgeson, 2020). All'interno degli stereotipi possiamo trovare componenti descrittive e prescrittive: le prime identificano le caratteristiche degli stereotipi (es. le donne sono meno competenti nelle posizioni di *leadership* mentre i maschi sono meno predisposti alla relazione con i figli), laddove la componente prescrittiva fa invece riferimento a come si pensa che le persone dovrebbero comportarsi in una specifica e precisa circostanza in base al sesso di appartenenza (Helgeson, 2020). Il sistema delle credenze di genere (i.e. the *gender belief system*; Kite & Whitley, 1996) espone ed illustra tutte le componenti: credenze sui ruoli di genere, identità di genere, orientamento sessuale, stereotipi associati al genere, attitudini nei confronti dei ruoli di genere e la percezione di quelli che violano le norme sociali (Kite et al., 2022). Gli autori Deaux e LaFrance (1998) sottolineano come gli stereotipi di genere costituiscano gli aspetti fondamentali da considerare all'interno del sistema delle credenze di genere (Kite et al., 2022).



Alcuni studi hanno verificato come più gli atteggiamenti sono tradizionali, basati cioè su differenze di genere, meno all'interno del relativo contesto le persone sono solidali rispetto alla scelta dell'aborto volontario (Strickler & Danigelis, 2002; Wall et al., 1999; Wang, 2004); al contrario, una prospettiva comprensiva e tollerante rispetto alla sessualità è positivamente correlata con il supporto all'interruzione volontaria di gravidanza (Bahr & Marcos, 2003). Esiste quindi una relazione tra stereotipi di genere e interruzione volontaria di gravidanza, determinata dal contesto sociale e dalle norme di genere. Gli stereotipi di genere appartenenti alla sfera femminile interferiscono inoltre anche con la salute riproduttiva delle donne, contribuendo per esempio ad un più difficile accesso all'assistenza sanitaria, nonché favorendo una maggiore disuguaglianza di genere (O'Connell & Zampas, 2019). Si può dunque affermare che gli stereotipi di genere impediscono di comprendere le reali capacità, i bisogni e le caratteristiche di ogni singola donna, sottraendole la propria individualità e rafforzando, di contro, le gerarchie di genere (O'Connell & Zampas, 2019).

Trattando il tema degli stereotipi di genere, in letteratura si trovano molti studi che permettono di mettere in relazione le norme di genere e lo stigma sociale, il quale caratterizza in modo negativo una persona, legittimando la discriminazione che ne consegue.

Nel 1963 il sociologo Erving Goffman introdusse la nozione di stigma: con questo termine l'autore si riferiva ad una caratteristica personale estremamente screditante, avente la capacità di operare un declassamento di chi lo possiede, caratterizzandone il passaggio da persona comune e normale ad una persona vista come contagiosa e danneggiata (Goffman, 2018). Nel testo *Stigma: Note sulla gestione dell'identità*

*degradata* (Goffman, 2018) l'autore definisce dunque lo stigma come un attributo profondamente screditante, capace di degradare l'individuo, segnandolo e screditandolo in modo tendenzialmente permanente. Questo concetto, ad un'ulteriore analisi, contiene in sé due situazioni differenti. In un primo caso, il portatore di stigma è cosciente che gli altri soggetti siano a conoscenza del proprio attributo connotato negativamente, trovandosi perciò in una condizione di screditato. Nella seconda ipotesi, il portatore di stigma è al corrente che gli altri soggetti non siano a conoscenza della caratteristica che viene considerata negativamente perché non ne sono informati o perché non la vedono materialmente; in questo caso, il soggetto si colloca in una condizione potenzialmente screditabile (Goffman, 2018). Emerge pertanto una definizione di stigma basata su una costruzione sociale, la quale pone le sue fondamenta sugli stereotipi culturali: questi sono presenti all'interno di tutte le società e sono capaci di guidare e dirigere il giudizio sulle persone, sulla base del rispetto o non rispetto delle norme e delle aspettative culturali dominanti. L'autore, analizzando il concetto di stigma, ne propone una suddivisione di esso basata su tre livelli espressivi, i quali sono definibili come stigma percepito, sperimentato o internalizzato. Lo stigma percepito si riferisce alla situazione nella quale l'individuo è cosciente del fatto che le altre persone hanno una valutazione negativa nei suoi confronti. Se una persona sperimenta direttamente una reazione negativa, ad esempio un pregiudizio o una discriminazione, si parla invece di stigma sperimentato. Infine, nelle situazioni in cui lo stigma, e la valutazione negativa che ne consegue, è accettato e incorporato nella definizione soggettiva che si ha di sé stessi, si parla di stigma interiorizzato (Goffman, 2018). Nello specifico della situazione abortiva, le tre manifestazioni dello stigma si riferiscono all'accettazione da parte della donna della visione culturale negativa dell'aborto e quindi anche della sua interiorizzazione, la quale

comprende le valutazioni sull'aborto di altre persone o del proprio, sperimentando azioni palesi o mascherate, le quali rivelano un pregiudizio negativo nei confronti dell'aborto (Cockrill & Nack, 2013).

Prendere in esame lo stigma è importante per diversi motivi, in particolare se si considera in che modo generalmente coloro che appartengono a gruppi stigmatizzati negativamente sperimentano uno stato di perdita e di discriminazione, il quale può sfociare in *outcomes* di salute più bassi rispetto al gruppo dominante, sperimentando dunque anche un'assistenza sanitaria peggiore (Hatzenbuehler et al., 2013). Inoltre, emergono esiti sanitari differenti in relazione alle diverse strutture sociali di appartenenza (Bommaraju et al., 2016). In particolare, ai fini di questa ricerca, riflettere sul concetto di stigma in relazione all'aborto permette di entrare in una prospettiva differente, più interna e personale, rispetto alla situazione in questione. Lo stigma dell'aborto è definibile come un attributo negativo che viene fissato su coloro che cercano di porre termine alla propria gravidanza. L'adozione di questa scelta porta a definirsi, esternamente e internamente, in modo inferiore rispetto agli ideali di femminilità: da questa prospettiva, le donne che decidono di abortire sfidano e attaccano le norme sociali riguardanti la sessualità femminile e la maternità (Kumar et al., 2009). Generalmente, lo stigma relativo all'aborto è descrivibile come occultabile, ovvero non si è a sua conoscenza finché non si decide di rivelarlo ad altri. La paura di sperimentare un ambiente sociale negativo, caratterizzato da dissenso e condanna rispetto alla scelta dell'aborto, congiuntamente al timore di compromettere la propria reputazione, risulta direttamente connesso alla volontà delle donne di mantenere segreta la propria scelta. In un'analisi svolta sulla letteratura già esistente sul tema, è emerso come lo stigma dell'aborto sia legato a quattro temi generali,

ovvero la visione dell'aborto come un peccato, la difficoltà di accesso al servizio, il giudizio esterno e la vergogna (Sorhaindo & Lavelanet, 2022). Questo meccanismo concorre a perpetuare un circolo vizioso per il quale si colpevolizzano coloro che decidono di abortire. Inoltre, non raccontando la propria esperienza, l'aborto continua ad apparire al pari di un evento raro nella vita di poche persone, associandolo ad una condotta sessuale "promiscua" (Zamberlin, 2015). L'aborto volontario è una scelta stigmatizzata perché comporta la violazione di due ideali fondamentali della maternità: il nutrimento materno e la castità (Kumar et al., 2009). Le donne che decidono di abortire infrangono difatti le aspettative sociali dominanti relative all'essere donna, nello specifico in tre diversi modi: in generale, la sessualità femminile è strettamente collegata, addirittura sovrapposta, al fine riproduttivo; dunque, la maternità è intesa come il destino naturale di ogni donna. Ne deriva l'idea generalizzata che ogni donna sia in possesso di un'indole naturale che la porta a prendersi cura dei più indifesi. La decisione di abortire, seguendo questa prospettiva, trasgredisce quindi gli archetipi femminili in modi diversi, tra cui avere una vita sessuale senza il desiderio di procreazione e la conseguente assenza di volontà di diventare madre (Cockrill & Nack, 2013). Pertanto, la decisione di abortire non solo disattende l'idea di questi modelli ideali di femminilità ma, inoltre, vengono presi in causa anche i rapporti sessuali prematrimoniali, l'infedeltà, l'infertilità, l'uso di contraccezione e altre situazioni che non portano alla gravidanza (Cockrill & Nack, 2013). Lo stigma potrebbe quindi associarsi anche con sentimenti di vergogna per una serie di preferenze sbagliate riguardanti i rapporti sessuali, la contraccezione e la scelta del *partner* (Norris et al., 2011). Si può perciò definire lo stigma legato all'aborto come il maggior fattore di rischio per la salute mentale delle donne che hanno deciso di abortire,

capace di comportare conseguenze negative, ad esempio ansia, depressione, aumento del *distress*, nonché evitamento e ritiro sociale (Major, 2008).

È importante considerare come la cultura di massa e l'opinione pubblica creino un discorso dominante sull'aborto volontario, descrivendolo allo stesso modo di un evento indesiderabile. Inoltre, le leggi che limitano, proibiscono o criminalizzano l'aborto creano e rinforzano lo stigma già presente. Le logiche istituzionali dei servizi sanitari che escludono oppure separano l'accesso all'aborto dagli altri servizi assistenziali forniti agli utenti sono generatrici dello stigma, al pari dei *curricula* universitari e di formazione assistenziale e sanitaria che escludono lo studio di questa procedura e, di conseguenza, sfavoriscono e nuocciono la formazione e l'informazione. In molte culture, rispetto agli uomini, le donne vengono qualificate come inferiori, addirittura prossime al mondo animale, rispetto agli uomini, perché possono essere viste sanguinare, come ad esempio durante le mestruazioni oppure il parto. Si consideri il fatto che la procedura dell'aborto, anch'essa tra le situazioni che implicano una sanguinazione esterna, viene spesso criticata soltanto in relazione al disgusto indotto da una generica refrattarietà all'evocazione di immagini legate al sangue. La ricercatrice Kumar evidenzia il fatto che disgusto e aborto potrebbero essere due fattori legati, incoraggiando una riflessione sull'eventuale legame e sulla loro possibile influenza rispetto alla percezione sociale dell'aborto (Kumar, 2018). Inoltre, lo stigma possiede un impatto a livello psicologico ed emotivo, provocando una paura del rifiuto, dell'esclusione e della condanna da parte della comunità di appartenenza, fattori che portano coloro che scelgono di intraprendere questa strada a vivere la scelta in modo solitario, senza nessun tipo di appoggio (Kumar et al., 2009). In aggiunta, lo stigma ha un effetto psicologico che contribuisce alla tendenza delle donne a non cercare e richiedere aiuto medico: esse si sentono inibite nel comunicare la loro

decisione, tanto da ricorrere all'aborto non sicuro, con l'impiego di metodi autoindotti o altre pratiche non mediche, piuttosto che cercare supporto (Shellenberg et al., 2011). Uno studio sottolinea inoltre come lo stigma dell'aborto sia perpetuato dalle posizioni assunte dalle persone *pro-life*, dalla cultura e dalla politica che colludono con queste, così come avviene nei casi di personificazione del feto, di una legislazione restrittiva e di una propaganda antiaborto, ossia di tutte quelle politiche che consolidano una rappresentazione culturale dell'aborto quale pratica dannosa e malsana (Norris et al., 2011).

Prendendo atto di questo tipo di prospettiva culturale e sociale, si può notare in che modo lo stigma dell'aborto rappresenti una barriera su più fronti: infatti mentre le donne si percepiscono come sbagliate, chi fornisce questo tipo di servizio sanitario viene spesso isolato all'interno dell'ambito lavorativo (Bommaraju et al., 2016). Effettivamente, è importante sottolineare come anche il personale sanitario sia vittima della stigmatizzazione sociale: il suo lavoro viene percepito in maniera indecente, alimentando lo stress e promuovendo situazioni di violenza. Vivendo all'interno di questo tipo di contesto professionale, sono diversi gli operatori che preferiscono astenersi dal fornire questo tipo di servizio, oppure, se lo praticano, preferiscono non commentarlo apertamente (Zamberlin, 2015). Il silenzio e l'occultamento che portano alla delegittimazione dell'operato dei medici che forniscono il servizio di aborto viene definito come "il paradosso della legittimità" (Harris et al., 2011). I medici sono quindi vittime dello stigma per associazione, che li porta ad essere denigrati dai colleghi, diventando loro stessi vittime di violenze verbali e marginalizzazione lavorativa e sociale (Martin et al., 2014; Harris et al., 2011; O'Donnell et al., 2011). Dunque, anche all'interno del sistema sanitario si crea un circolo vizioso dove si rafforza la visione dell'aborto

descritto come un evento che accade molto raramente, favorendo una discriminazione tra medici da considerare rispettabili o non (Zamberlin, 2015).

## **2.2 MOTHERHOOD NORMS E SYSTEM JUSTIFICATION**

Come si è visto in precedenza, una visione tradizionale dell'ideologia dei ruoli di genere sostiene il principio secondo cui gli uomini siano coloro che, all'interno della società, si occupano del lavoro, collocando di contro le donne all'interno della sfera domestica. Ne consegue che, leggendo tra le righe di questa tipologia di struttura sociale, gli uomini siano coloro che detengono il potere e il controllo, laddove le donne svolgono un ruolo subordinato, conformandosi a questo. Del tutto divergente da questa prospettiva è l'ideologia egualitaria dei generi: l'autorità è, in questo caso, distribuita in modo equanime e bilanciata tra i due generi senza più poter distinguere le due sfere di pertinenza, essendo quest'ultime fuse ed associate (Helgeson, 2020).

In linea con questo ragionamento, è importante considerare anche la teoria del sessismo ambivalente. Il sessismo è una forma di pregiudizio, di natura esplicita o implicita, che corrisponde agli atteggiamenti e ai sentimenti delle persone rispetto al prossimo sulla base solamente del sesso di appartenenza. In senso lato, con questo termine si raffigura una realtà all'interno della quale gli uomini dominano sulle donne, creando un *continuum* che passa dalla molestia sessuale ed arriva fino all'effetto del "soffitto di cristallo" (Hymowitz & Schellhardt, 1986). Oggi, rispetto alle epoche passate, il sessismo è meno visibile e si manifesta meno apertamente, inducendo pertanto a credere che esso sia diminuito. Tuttavia, continua ad essere in realtà molto presente all'interno della quotidianità: se da una parte si nega spesso l'esistenza di qualsiasi tipo di discriminazione, comunque si

conserva e si tiene salda una posizione di non solidarietà verso tutti gli argomenti che riguardano le donne, mantenendo e perpetuando la disparità di genere (Helgeson, 2020). A differenza delle altre tipologie di discriminazione (e.g. omofobia o razzismo), nel sessismo si nota come i due gruppi sociali siano costantemente in contatto tra loro, senza subire alcun tipo di separazione. Questa caratteristica viene denominata come “paradosso centrale delle relazioni di genere”: pur volendo dominare le donne, gli uomini mantengono comunque una posizione di vicinanza ad esse (Glick & Raberg, 2018). Il sessismo non riguarda però solo gli atteggiamenti negativi verso le donne, bensì racchiude al suo interno la compresenza di sentimenti positivi e negativi, vissuti anche in modo contemporaneo. Si pone dunque una riflessione sulla teoria del sessismo ambivalente, la quale afferma che i comportamenti e le attitudini verso le donne siano caratterizzati da due dimensioni fondamentali, ovvero il sessismo benevolo (*BS*) e il sessismo ostile (*HS*) (Glick & Fiske, 1996). Queste due dimensioni funzionano contemporaneamente insieme, contribuendo al mantenimento della disparità di genere: esse offrono infatti valutazioni positive (benevole) per le donne che si conformano alle regole di genere, mentre, allo stesso tempo, connotano negativamente coloro che, al contrario, non si adeguano ad esse (Hammond & Sibley, 2011). Da una parte, con la dicitura “sessismo ostile” si esprimono tutti i comportamenti e sentimenti di avversione nei confronti delle donne, associati spesso con l’orientamento ad assumere una posizione volta al dominio sociale, ovvero alimentando il desiderio di mantenere una posizione di supremazia e di predominanza da parte degli uomini sulle donne (Helgeson, 2020). Quindi, in generale, il sessismo ostile è collegato ad un comportamento aggressivo verso le donne, ritenute come esseri subalterni o una potenziale minaccia (Helgeson, 2020). Per esempio, uno studio sulle coppie eterosessuali ha suggerito che il sessismo ostile manifestato da parte degli uomini fosse



in relazione con il timore di avere un minor potere all'interno della relazione (Cross et al., 2019). Dall'altra parte, il sessismo benevolo riflette, invece, sentimenti positivi verso le donne, includendo il desiderio di volerle aiutare, enfatizzando implicitamente l'idea che le donne necessitino di difesa e di protezione per via di una loro supposta competenza ridotta. In stretta relazione con il tema dell'elaborato, il sessismo benevolo è inoltre legato all'opposizione all'aborto poiché la maternità è contemplata come caratteristica principale dell'essere donna (Huang et al., 2016). Al sessismo benevolo è possibile collegare il costrutto di discriminazione benevola: un comportamento può apparire in maniera pro-sociale eppure, in realtà, legittima la posizione di inferiorità della donna nel contesto sociale (Helgeson, 2020). Entrambe le sfumature di *HS* e *BS* sono radicate all'interno della visione patriarcale, dove predomina la differenziazione di genere, la quale si riflette anche sulla tematica della procreazione (Helgeson, 2020). Inoltre, ambedue le forme di sessismo confermano l'idea che, di base, ci sia una grande discrepanza tra uomini e donne (Zell et al., 2016) e forniscono una potente giustificazione ai gruppi dominanti per sfruttare quelli deboli: si può pertanto notare che si viene a creare un circolo vizioso all'interno del quale una maggiore attenzione sulle differenze di genere aumenta di conseguenza il sessismo. È importante sottolineare come queste due componenti, sessismo benevolo e sessismo ostile, siano correlate positivamente tra di loro: infatti, la correlazione è stata dimostrata in 19 paesi, evidenziando allo stesso tempo uno stretto legame tra il tasso di sessismo ambivalente e la disparità di genere, nonché facendo emergere di conseguenza l'ideologia sottostante ad una rappresentazione discriminatoria delle donne rispetto agli uomini (Glick et al., 2000). Il processo di razionalizzazione dell'iniquità sociale viene denominato in psicologia come *System Justification*. La *System Justification Theory* (*SJT*, Jost & Banaji, 1994) fa riferimento ad

una teoria della psicologia sociale all'interno della quale le credenze che giustificano il sistema hanno una funzione psicologica palliativa e rivolta quindi a far diminuire lo stress di matrice multipla, provocato dal sistema stesso, esprimendo il desiderio di serbare la stabilità sociale e mantenere lo *status quo* (Jost & Banaji, 1994). La mancanza di cambiamento e la stasi sociale sarebbero dunque attribuibili al fatto che le persone tendono ad aderire all'ideologia dominante che permette di giustificare e proteggere la posizione sociale. I gruppi socialmente svantaggiati legittimano il potere di quelli con alto stato sociale attraverso il processo di internalizzazione e assorbimento delle credenze che giustificano l'ineguaglianza (Jost & Hunyady, 2003). Dall'altro lato, legittimare e corroborare il sistema comporta la riduzione del senso di colpa per chi occupa posizioni sociali elevate: ad esempio, gli uomini che interiorizzano il sessismo benevolo sperimentano una soddisfazione di vita più elevata rispetto a quelli che lo rigettano, in parte anche grazie alla funzione palliativa della *SJ* (Hammond & Sibley, 2011). Questi risultati sono in linea con quelli ottenuti in un altro studio, dove si sottolinea come l'adozione dell'ideologia della *SJ* compromette la redistribuzione delle risorse ed energie sociali, essendo l'approvazione dell'ideologia che giustifica il sistema associata negativamente con la volontà di aiutare coloro che sono in posizioni sociali svantaggiate e anche con il senso di colpa (Wakslak et al., 2007). Nello specifico delle tematiche trattate all'interno dell'elaborato, è opportuno citare anche la *gender system justification*: le donne esposte al sessismo ostile diminuiscono il punteggio della loro *system justification*, mentre quelle esposte al sessismo benevolo hanno punteggi di *system justification* più alti (Helgeson, 2020). Questi studi suggeriscono dunque che, in linea con stereotipi e ruoli di genere, la funzione delle ideologie sessiste sia quella di rafforzare l'accesso alle posizioni di potere esecutivo per gli uomini, ovvero definendoli come

coloro che portano il “pane a casa” e che possono assumere posizioni di *leadership* nel sistema politico e sociale. Sessismo benevolo e sessismo ostile hanno entrambi la funzione di prescrivere i ruoli di genere che le donne dovrebbero adottare, mansioni solitamente molto legate alla tradizione e agli stereotipi culturali (e.g. casalinghe, accuditrici). In una ricerca si suggerisce che, seguendo la prospettiva della teoria della dominanza sociale, il sessismo serve a legittimare il mito delle differenze di genere, spiegando quindi le associazioni tra le differenze individuali nelle ideologie e il supporto politico. Nei due studi proposti dalla ricerca si evidenzia una forte e consistente associazione tra conservatorismo e sessismo, e, successivamente, tra sessismo e la posizione abortiva (Hodson & MacInnis, 2017). In un’analisi svolta negli USA, emerge che il contesto sociale determina in modo sistematico quanto le giustificazioni che sono ostili o benevole siano associate con credenze palliative. Il fatto che la giustificazione ostile e quella benevola siano maggiormente intercorrelate al gruppo di donne rispetto al gruppo degli uomini è coerente con l’idea che le giustificazioni benevole, in tema di disuguaglianza di genere, possono aiutare a ridurre il conflitto tra i bisogni delle donne che giustificano l’ego, il gruppo e il sistema (Napier et al., 2010). Tuttavia, il fatto che le donne tendano ad avere attitudini più egualitarie rispetto agli uomini è stato verificato diverse volte nella letteratura riguardante i ruoli di genere (Berkel, 2004; Jones & McNamara, 1991; Knio, 1998; Kremer & Curry, 1987; Lottes & Kuriloff, 1992; Öngen, 2006; Toller et al., 2004). In uno studio di paragone tra più coorti del 1972, ‘76, ‘80 e ‘92 è stato verificato come la predisposizione egualitaria aumenta con gli anni; inoltre, in tutti i gruppi esaminati, gli uomini erano più tradizionalisti delle donne (Spence & Hahn, 1997). Tra le righe di questi risultati si può ipotizzare come i ruoli di genere siano perlopiù

utili alla popolazione maschile, mentre le donne avrebbero la tendenza generale a cercare un cambiamento più egualitario.

È importante evidenziare che, nonostante gli sviluppi sociali riguardanti i generi e i ruoli che sono avvenuti negli ultimi secoli le mansioni e le responsabilità nei nuclei familiari siano comunque rimaste orientate verso una divisione dei generi (Grunow & Evertsson, 2019; Schmidt, Rieder, & Zartler, 2019; Schmidt, Zartler, & Vogl, 2019; Valiquette-Tessier et al., 2019), dove le madri vengono percepite come adeguate quando investono energie e dedicano tempo occupandosi dei loro figli (Ennis, 2014; Hays, 1996). Alcuni studi antropologici, per esempio, propongono tre ideologie dominanti in relazione alla figura della donna, la quale viene sostanzialmente sovrapposta a quella di madre. Innanzitutto, si crede che la prima responsabilità di una madre sia crescere i figli, mentre il padre ha il dovere di portare a casa i mezzi per il sostentamento della famiglia (Blair-Loy, 2003; Gerson, 1986; Hays, 1996; Smith, 1993; Uttal, 1996, 1999); in secondo luogo si crede che la gravidanza e la maternità dovrebbero aver luogo nelle famiglie nucleari autosufficienti (Hays, 1996; Macdonald, 2011; Smith, 1993); infine, si evidenzia come il lavoro professionale entra spesso in conflitto con il ruolo di madre (Blair-Loy, 2003; Damaske, 2011; Gerson, 1986; Hays, 1996; Williams, 2001). Inoltre, si noti come le ideologie sessiste tengono salda la divisione delle responsabilità nell'assistenza ai figli attraverso la tendenza delle madri a mantenere il controllo (Gaunt & Pinho, 2018). In risposta alle richieste scaturite dall'ideologia neoliberista, le madri vengono oggi viste come responsabili delle loro scelte e, quindi, delle conseguenze che ne derivano: la madre continua ad essere il genitore che ha maggiori responsabilità della cura del figlio e del suo benessere, dedicandosi anche alla casa e al marito (Arendell, 2000; Bianchi, 2011; Bianchi & Milkie, 2010; Ehmer, 2021; Goldscheider et al., 2015; Scarborough et al.,

2019; Valiquette- Tessier et al., 2019). Ne consegue un'aspettativa riguardante il ruolo di madre che corrisponde a colei che si sacrifica ponendo il benessere degli altri prima del proprio (Faircloth, 2014; Hamilton, 2016; Hulen, 2022). Immerse in questa visione sociale basata sull'ideologia egemonica che richiede alle madri di essere sempre pronte a sacrificarsi, queste sentono il bisogno di essere presenti costantemente e di sopportare privazioni pur di soddisfare le aspettative sociali (Hays, 1996). Ne deriva quindi una cornice elaborata che racchiude al suo interno un'immagine idealizzata, diffusa anche dalle riviste e pubblicità, di come nessuno, a parte la madre, sia capace di occuparsi del figlio, declinando il femminile esclusivamente alla sfera domestica (Davis et al., 2022). Per esempio, oggi si accetta socialmente il fatto che una donna lavori, ma questa deve comunque dividere la sua giornata tra casa e famiglia, sbilanciando però la clessidra del tempo a favore del ruolo che svolge all'interno della sfera domestica; parallelamente, gli uomini dovrebbero quindi focalizzarsi maggiormente sul lavoro, ricoprendo un ruolo marginale nella vita familiare (Helgeson, 2020). Avere dei figli ed essere comunque una lavoratrice implica inoltre il fatto che a livello salariale ci siano delle penalità che perdureranno durante tutta la carriera di una donna (Kleven et al., 2019). Essere madre all'interno di questa visione della genitorialità implica che esse debbano aderire alle aspettative che le descrivono come felici e contente per il loro ruolo materno (Baker, 2019; Bergnehr & Henriksson, 2021; Carroll & Yeadon-Lee, 2022; Clement & Waitt, 2017; Constantinou et al., 2021; Gunderson & Barrett, 2017; Jennings & Brace-Govan, 2014). I risultati delle ricerche dimostrano come le risposte emozionali delle madri che si trovano in conflitto con le aspettative sociali siano per la maggior parte negative, compromettendo talvolta il benessere della donna stessa (Baker, 2019; Carroll & Yeadon-Lee, 2022; Clement & Waitt, 2017; Colodro-Conde et al., 2015; Constantinou et al., 2021;

Forbes et al., 2020; Kroska & Elman, 2009) e facendo implicitamente cogliere a coloro che si definiscono come buone figure genitoriali la necessità di sobbarcarsi di maggiori compiti poiché possono e devono impegnarsi sempre di più, rendendo il senso di colpa nelle madri un tratto comune che supera i confini culturali e nazionali (Collins, 2021).

La norma di essere felici una volta divenute madri influenza implicitamente la decisione delle donne di avere o meno figli molto prima di essere incinte: la credenza che una donna voglia essere madre (Reed et al., 2011; Staneva et al., 2017) comporta sentimenti ambivalenti tra le donne senza figli, i quali oscillano dal desiderio al *distress*, sottolineando inoltre come le donne volontariamente senza figli si impegnino in un processo di giustificazione, reputando in generale lo stato della maternità come un evento che restringe le prospettive di vita (Maher & Saugeres, 2007). Uno studio recente ha dimostrato che coloro che interiorizzano la norma sociale che prevede che le donne debbano avere figli, sperimentano un benessere soggettivo maggiore. In particolare, l'approvazione della norma che sostiene che le donne necessitino di diventare madri per vivere una vita soddisfacente è stata associata positivamente ad una maggiore felicità, sia nella popolazione maschile sia in quella femminile (Suppes, 2020). Nelle donne e negli uomini che vivono in contesti con forte disparità di genere, rispetto a quelli più egualitari, è particolarmente forte l'associazione tra l'approvazione della norma della maternità e felicità, dunque di riflesso anche la soddisfazione della vita. Attraverso le lenti della *system justification*, questi dati suggeriscono che chi vive in sistemi sociali dove la disuguaglianza di genere è più alta, utilizza di più la giustificazione di sistema, che a sua volta svolge una funzione palliativa. Perciò, per le donne che giustificano maggiormente il sistema, questo legame porta a riferire livelli di benessere soggettivo maggiore rispetto a coloro che lo giustificano in misura minore (Suppes, 2020).

Le persone che scelgono volontariamente di non avere figli elicitano valutazioni meno favorevoli rispetto a quelle che affermano il contrario ed, inoltre, vengono percepite come psicologicamente non soddisfatte e disadattate rispetto alla società in cui vivono, palesando pertanto la genitorialità come imperativo morale (Ashburn-Nardo, 2017). In uno studio si sottolinea in che modo la differenza della percezione tra cosa sia desiderabile per le donne e per gli uomini si scosta molto poco da cosa sia tipico per ciascun gruppo (Prentice & Carranza, 2002), ragione per cui l'interesse per i bambini è da considerarsi tipico e doveroso per le donne. Si prenda la *backlash theory* in qualità di cornice di riferimento teorico: questa afferma che gli stereotipi culturali hanno spesso la funzione di norme ingiuntive, ovvero specificano quali comportamenti approvare e disapprovare, con la conseguente giustificazione per la punizione che spetta a chi non rispetta le norme (Ashburn-Nardo, 2017). Per le donne, in particolare, violare le aspettative di genere corrisponde al *backlash effect* (i.e. effetto di reazione): quando le donne mostrano comportamenti che trasgrediscono gli stereotipi, ad esempio non mettere al mondo figli, possono essere penalizzate. Ne consegue che le persone che abbracciano la giustificazione sociale di genere sono coloro che penalizzeranno di più le donne che non rispettano le norme dettate da stereotipi e ruoli sociali (Helgeson, 2020).

Questo quadro teorico descrive come la maternità sia considerata una componente essenziale dell'essere donna e come questa visione si rifletta nei diversi comportamenti delle donne durante la gravidanza: l'assunto che essere madre sia il compimento totalizzante dell'essere donne, ovvero un destino inevitabile che accomuna tutto il genere femminile, si riflette anche nel numero di figli che una donna ha oppure desidera (Holton et al., 2009). Le donne che decidono, anche temporaneamente, di rifiutare questo ruolo "sacro" scegliendo di terminare la gravidanza sono fortemente criticate: i ruoli sociali

determinano dunque anche le scelte riproduttive delle donne, le quali non vengono quindi comprese in termini personali e soggettivi. In alcuni studi si sottolinea in che modo il supporto ricevuto quando una donna sceglie di abortire varia a seconda delle circostanze che comportano questa scelta (Alvarez & Brehm, 1995; Craig et al., 2002): si possono prendere in considerazione quelle elettive, ad esempio le difficoltà finanziarie o il rifiuto generale di avere figli; oppure si può parlare di circostanze traumatiche, causate da una gravidanza che mette a rischio la salute della donna o che sia il risultato di una violenza sessuale. Le ricerche suggeriscono come il supporto per le circostanze traumatiche sia maggiore in confronto a quello ricevuto rispetto all'aborto elettivo (Bahr & Marcos, 2003; Craig et al., 2002). Tuttavia, anche nelle situazioni di stupro non sempre l'aborto volontario è un servizio a cui si ha accesso agevolmente. Ad esempio, se si riscontra l'assunzione di alcool nella vittima di una violenza sessuale, tale fattore può limitare l'accesso al servizio sanitario, anche nei Paesi nei quali questo è già circoscritto a pochissime circostanze. Quindi, nonostante la violenza sessuale sia, in generale, una delle giustificazioni per accedere all'aborto volontario, anche nei paesi dove la legislazione pone molte restrizioni, l'assunzione di alcool può minare la possibilità di accedervi, aumentando, dall'altra parte, il senso di colpa della vittima, minando la percezione esterna della sua credibilità e scoraggiando le denunce (Davis et al., 2023). Da questa riflessione ne consegue che la parte che viene sempre giudicata e chiamata a disculparsi è comunque quella femminile, a prescindere quindi dalle circostanze, dagli avvenimenti e dallo stato dei fatti.

### **2.3 BENESSERE BIO-PSICO-SOCIALE**

Il diritto all'aborto è sicuramente connesso al benessere di una persona, nello specifico e in modo diretto per la donna. Partendo dagli albori del percorso fatto a livello mondiale



per assicurare e regolamentare i diritti umani iniziato nel 1948, si può vedere come le successive dichiarazioni internazionali abbiano in seguito incluso anche i diritti legati alla sessualità e alla riproduttività, confermando quindi il fatto che i diritti riproduttivi siano diritti umani. Infatti, il diritto alla salute sessuale e la riproduzione trovano spazio all'interno dei diritti fondamentali internazionali e in accordi universali. Queste norme prevedono che ogni persona, libera da costrizione, discriminazione e coercizione possa usufruire e godere dello *standard* più elevato possibile in materia di salute sessuale. Ad esempio, all'interno dei diritti promulgati, viene incluso il diritto all'accessibilità ai servizi riguardanti la salute sessuale e riproduttiva, oppure il diritto all'accesso all'educazione sessuale, il tutto all'interno di una filosofia che rispetta l'integrità del corpo e la scelta consapevole del *partner*, legittimando esclusivamente matrimoni consensuali, favorendo la separazione tra sessualità e procreazione, perseguendo nel complesso l'obiettivo di facilitare e proteggere una vita sessuale soddisfacente, sicura e piacevole e ponendo particolare attenzione alla parità di genere e ai diritti umani (Panzeri & Fontanesi, 2021). A questo proposito, si può prendere in considerazione il programma di educazione sessuale internazionale (*Comprehensive Sexuality Education*, CSE) promosso a livello mondiale e fondato sulla base di evidenze scientifiche, il quale si situa nel contesto della promozione della salute, intesa nella maniera di un completo benessere psichico, fisico e mentale in una cornice di riferimento bio-psico-sociale. Questo programma mondiale si propone di incoraggiare le persone ad acquisire conoscenze e capacità, con il fine di incentivare l'attenzione sulla salute personale, il benessere e la dignità di ogni persona, favorendo l'educazione e la comprensione di aspetti cognitivi, emotivi, fisici e sociali riguardanti la sessualità (Panzeri & Fontanesi, 2021). Questo avviene, per esempio, chiedendosi se, con chi e quando impegnarsi in una relazione

sessuale o attività sessuale, mettendo in risalto la responsabilità implicata in tali scelte, il consenso e la necessità di rispettare le decisioni altrui. Si comprende da queste premesse come la sessualità sia trattata alla stregua di un diritto di ogni singola persona, la quale sarà capace di assicurarsi che questo venga rispettato e protetto, grazie anche all'accesso garantito a tutti i servizi relativi alla salute sessuale e riproduttiva.

La conferenza internazionale dello sviluppo della popolazione del 2021 (*ICPD*) afferma che avere libero accesso ad un aborto legale, sicuro, all'interno di un contesto aperto e sensibile, è essenziale per raggiungere i livelli più alti di salute sessuale e riproduttiva della singola persona (*International Conference on Population and Development, 2021*).

A conferma di questa posizione, l'*APA* sottolinea come le donne a cui si nega l'accesso all'aborto sicuro e legale siano maggiormente esposte a sperimentare livelli più alti di ansia, minore soddisfazione della vita e minore autostima rispetto alle donne che hanno ricevuto un'assistenza adeguata (*American Psychological Association, 2021*). Il benessere e la salute mentale di una donna prima che si sottoponga a procedure relative all'interruzione volontaria di gravidanza rappresentano predittori importanti per la sua salute mentale dopo l'intervento (Kimport et al., 2011). Il dibattito politicizzato sul tema può minimizzare oppure estremizzare le difficoltà emotive delle donne che si ritrovano a compiere una scelta di questo tipo (Weitz et al., 2008). Infatti, in uno studio, è stato verificato in che modo il percorso associato con l'interruzione volontaria di gravidanza può essere fonte di difficoltà per le donne, suggerendo però come un'interazione basata sul supporto e sulla comunicazione, piuttosto che sulla critica, possa apportare diversi miglioramenti (Kimport et al., 2011). Inoltre, negare l'accesso all'aborto volontario è collegato a più alti livelli di stress ed ansia nella popolazione di donne in età fertile: uno studio, utilizzando i dati relativi al contesto americano nel periodo dal 1974 al 2016, ha

riscontrato una connessione tra l'accesso restrittivo all'assistenza riproduttiva e l'aumento del rischio di suicidio tra le donne in età fertile negli USA, mentre la stessa associazione non era presente per le donne non più fertili (Zandberg et al., 2023).

All'interno del contesto sociale è importante prendere in considerazione anche i problemi psicologici derivanti dalla rappresentazione dell'embrione al pari di un bambino, ovvero una raffigurazione che è in realtà il risultato di un *bias* (Testoni et al., 2021). Invero, quando un essere, che viene considerato come una persona, muore, questo avvenimento può causare una risposta di lutto e dolore (Verdaguer, 2019; Engel, 2020). Gli studi sulle scelte riproduttive hanno enfatizzato la personificazione del feto, la quale ha indotto, di conseguenza, la comunicazione sociale a concentrarsi sul senso di colpa, assumendo una posizione feto-centrica quando si parla d'interruzione volontaria di gravidanza (Testoni et al., 2021): in tale prospettiva, la centralità del feto passa attraverso la descrizione del lutto e del dolore, dominando il tema dell'aborto e generando narrazioni dell'evento caratterizzate dalla sofferenza. Questa modalità di comunicazione rappresenta l'aborto come moralmente problematico e doloroso per le donne (Baird & Millar, 2020); inoltre, si consideri come gli stessi studi accademici, che si concentrano esclusivamente ad enfatizzare i lati negativi dell'aborto volontario, contribuiscono a creare una narrazione negativa uniforme sull'evento (Baird & Millar, 2019). A questo proposito, si può prendere in analisi la *PAS* (*post-abortion syndrome*) come esempio di quella che viene definita al modo di "diagnosi sociale" (Brown et al., 2011). La *PAS* è stata definita da alcuni studiosi come variante specifica del *PTSD* (Lavín, & García, 2005), anche se non riconosciuta dall'*APA* (Dadlez, & Andrews, 2010). Prendere in esame questa diagnosi è fondamentale poiché essa non può essere compresa se viene decontestualizzata, dal momento che implica l'analisi di fattori politici, economici, culturali e sociali. Infatti,

all'interno di questa diagnosi si considera la maternità in qualità di un evento naturale e desiderabile, dunque auspicabile (Lee, 2001), nonostante la gravidanza stessa possa fisicamente e psicologicamente essere rischiosa per alcuni soggetti (Henshaw, 1998; Stotland, 2001). Quindi, adottando la prospettiva interna di questa diagnosi, si potrebbe perfino suggerire di proteggere le donne dalla tendenza a prendere decisioni sbagliate, come l'aborto volontario, poiché incapaci di ragionare a lungo termine e tendenti a soffermarsi solo sulle gratificazioni immediate (Dadlez, & Andrews, 2010). Da questo punto di vista, la concettualizzazione della *PAS* come diagnosi sociale significa comprendere che il contesto culturale patriarcale e le politiche che fanno riferimento ai ruoli di genere hanno un'influenza maggiore rispetto alle evidenze mediche che definiscono l'assenza della sindrome (Kelly, 2014). Tale dato pone in rilievo, da un lato, la misura in cui la pratica dell'aborto sia inseparabile dal contesto sociale e culturale, influenzando le esperienze delle donne che decidono di prendere questa scelta e come la somma di tutti questi fattori possa dall'altro incidere sul loro benessere fisico-psico-sociale e la salute mentale. Evidenze sperimentali dimostrano che le difficoltà psicologiche non sono il risultato di una sindrome post-abortiva dovuta all'intervento in sé, quanto piuttosto sono il riflesso di processi di stigmatizzazione capaci di ledere profondamente la dignità delle donne (Major, 2008). Ne consegue che il processo sociale e il percorso medico che le donne devono affrontare rappresentano dei fattori di rischio per il benessere personale e la salute mentale, allontanando l'idea che l'aborto volontario sia indesiderabile a causa del procedimento medico stesso. In una ricerca volta a verificare i contributi presenti nella letteratura internazionale, i quali affermano che sono assenti conseguenze psicologiche o psichiatriche gravi dopo un'interruzione volontaria di gravidanza, si è confermata questa ipotesi. Tuttavia, gli studiosi hanno riscontrato

differenze significative rispetto alla sintomatologia riferita ai sentimenti di inadeguatezza, inferiorità e alla ideazione paranoide. Questi dati offrono un quadro di come coloro che all'interno del campione esaminato hanno scelto l'interruzione volontaria di gravidanza si sentano inadeguate e diverse rispetto alle altre donne, con una paura costante di essere giudicate per la decisione adottata (Righetti et al., 2009).

Nei campioni di giovani ragazze, spesso si citano ragioni di tipo educativo, economico e relazionale al fine di spiegare la scelta dell'aborto: se alcuni studi mostrano come l'aborto possa avere benefici indiretti sul ciclo di vita successivo, altri sottolineano il collegamento tra le gravidanze adolescenziali e sotto-rendimento scolastico (Hofferth et al., 2001), povertà (Moore et al., 1993; Moffitt TE and Team E-RS, 2002), violenza domestica e relazioni intaccate e danneggiate (Black & DeBlassie, 1985; Harrykissoon et al., 2002). Uno studio mette in rilievo come avere un aborto elettivo può mitigare gli effetti di svantaggio educativo associati ad una gravidanza precoce: nel campione preso in esame la scelta dell'aborto permetteva di avere una maggiore libertà nel perseguire i propri obiettivi scolastici ed educativi (Fergusson et al., 2007).

Da una prospettiva psicologica, l'evento di una gravidanza indesiderata e la scelta di abortire, provoca nelle donne una sensazione di mancanza di libertà e di controllo tanto sulla propria vita quanto sul proprio corpo: da questo sentimento deriva la scelta di tenere segreto l'avvenimento, implicando altresì una delegittimazione della propria sofferenza (Furedi, 2022). Collegandosi a queste informazioni, si può prendere in esame il concetto di impotenza appresa: esso fa riferimento al sentimento di rinuncia che nasce quando si percepisce che non si può fare nulla per modificare una situazione. Evidenze suggeriscono come le donne ricevano un maggior "allenamento" ad acquisire questo senso di

impotenza rispetto agli uomini: infatti, si verifica più spesso che siano le donne a trovarsi all'interno di situazioni in cui non hanno controllo, anche a causa di uno stato sociale inferiore che non gli permette di avere potere decisionale all'interno della società (Helgeson, 2020). Il supporto sociale che le donne ricevono dal contesto che le circonda, in particolare dai *partner*, ha la capacità di mitigare gli effetti dello stigma dell'aborto: le donne che percepiscono una comunità supportiva hanno una minore probabilità di sentirsi colpevoli e proveranno meno disagio rispetto alla scelta presa (Kumar et al., 2009). Infatti, come discusso nella letteratura, il benessere delle donne che decidono di avere un'interruzione volontaria di gravidanza dipende anche dal tipo di relazione che hanno con il *partner* e del ruolo che quest'ultimo decide di prendere all'interno di questa precisa situazione. In uno studio risulta che, dalle narrazioni delle donne intervistate, queste si sentono più supportate in una relazione dove l'interlocutore è una persona che promuove la loro possibilità di scelta, riconoscendo i molti fattori che esse avevano precedentemente soppesato prima di prendere tale decisione. Inoltre, le donne riferiscono di aver sentito principalmente il peso della gravidanza e del futuro sviluppo del bambino, e tutte le responsabilità annesse, sulle proprie spalle, mentre molti dei loro *partner* non avevano un senso profondo di affidabilità e consapevolezza della gravidanza, facendo percepire in modo negativo l'evento manifestando l'incapacità di fornire supporto alle compagne che volevano abortire, creando piuttosto un vuoto all'interno della relazione (Kimport et al., 2011). Un altro studio sottolinea come, dopo l'intervento, le donne abbiano avuto un miglioramento significativo dello stato dell'umore rispetto al periodo precedente all'operazione. Quindi il fattore di supporto ricevuto all'interno della dimensione di coppia risulta importante, nella misura in cui lo scarso sostegno e appoggio del *partner* e

i problemi relazionali emergono come fattori di rischio maggiori rispetto ad altre cause (Anselmi et al., 2018).

Prendendo in considerazione la salute mentale in senso lato, è importante sottolineare come questa consiste in un tema rilevante all'interno della società e il modo in cui, spesso, anche nella cura mentale si presentano discrepanze metodologiche basate sulle differenze di genere.

Si prenda per esempio il caso della depressione nella popolazione femminile. Questo fenomeno è cresciuto esponenzialmente negli anni, a pari passo con il consumo di antidepressivi (Helgeson, 2020): infatti, le donne sono più soggette a riportare sintomi e disturbi di natura depressiva. La differenza di genere nelle percentuali che descrivono la prevalenza della sintomatologia depressiva nelle donne si riscontra a partire dall'adolescenza e permane durante tutto l'arco della vita. Per capire questa difformità nella popolazione femminile si possono prendere in esame tre *bias* principali: i clinici potrebbero essere più predisposti a iper-diagnosticare la depressione tra le donne e ipo-diagnosticarla tra gli uomini; secondariamente, gli uomini potrebbero non ammettere la propria depressione mentre le donne sarebbero più inclini a farlo; terzo, uomini e donne potrebbero manifestare la depressione con sintomatologia differente mentre gli strumenti diagnostici potrebbero essere polarizzati nella direzione che concerne solo la depressione femminile (Helgeson, 2020).

Si noti il fatto che anche la risposta allo stress può essere differenziata in base al genere: si posseggono alcune evidenze scientifiche di come *fight or flight* (i.e. lotta o fuga) sia più attribuibile agli uomini, mentre la risposta delle donne allo stress sarebbe meglio compresa con la definizione *tend and befriend* (i.e. prendersi cura e fare amicizia). Una

differenza fondamentale tra le strategie di *coping* è il fatto che le donne cercano maggiore supporto sociale rispetto agli uomini: alcuni autori si sono focalizzati sulla differenza nelle percentuali di ossitocina, la quale potrebbe inibire la fuga come risposta, favorendo invece la tendenza a stabilire una relazione (Taylor et al., 2000). L'ossitocina è infatti l'ormone che promuove comportamenti di vicinanza e tranquillizza in situazioni di stress. Un ulteriore elemento da considerare rispetto alla tematica generale è il fatto che le donne, rispetto agli uomini, tendono a ruminare di più in risposta a eventi stressanti (Helgeson, 2020). Questa condizione si può spiegare con diverse argomentazioni: da un lato, la società incoraggia le donne a ruminare e rimuginare, dall'altra parte gli eventi negativi durante l'adolescenza rendono la risposta di ruminazione più dannosa (Nolen-Hoeksema, 1990). Gli eventi negativi comprendono al loro interno l'immagine corporea, le difficoltà nelle relazioni, nonché la consapevolezza delle limitazioni sociali che scaturiscono dai ruoli di genere (Helgeson, 2020). La tendenza delle donne a ruminare in risposta a eventi stressanti interferisce con il comportamento strumentale, aumenta l'accesso ad altre cognizioni negative e diminuisce il sostegno sociale, tutti elementi collegati alla depressione (Helgeson, 2020).

La totalità della cornice teorica di riferimento presentata permette di contestualizzare la condizione della donna all'interno della società occidentale: come essa si muove, all'interno di quali binari e cosa la influenza. Nello specifico della pratica dell'interruzione volontaria di gravidanza, si è preso in considerazione in che modo una donna viene vista all'interno di uno sguardo globale prettamente maschilista, il quale considera le differenze di genere nella funzione di linee guida nell'assolvere i ruoli designati all'interno della società, della coppia e perfino nel rapporto con sé stessi. In



questa società si considera la madre, quindi prima di tutto la donna, come unico personaggio principale della gravidanza e della genitorialità. Avendo esaminato lo scenario psicologico e storico sul tema, si pone ora il focus sulla popolazione italiana, avendo sottolineato il modo in cui la questione dell'aborto volontario sia ancora aperta su più fronti.



## CAPITOLO 3

### STUDIO SPERIMENTALE

In questo capitolo verrà presentato e descritto il progetto di ricerca, definendo gli obiettivi dello studio, il metodo e gli strumenti utilizzati per lo sviluppo del questionario proposto e la ricerca ad esso associata. Vengono infine riportati i dati ottenuti, proponendo una discussione e confrontando gli esiti emersi con la letteratura internazionale raccolta.

#### 3.1 METODOLOGIA

Sulla base della letteratura presentata nei precedenti capitoli si procede dunque a presentare la ricerca svolta all'interno del contesto italiano sui temi elaborati e ponderati allo scopo di favorire una riflessione rispetto alla tematica affrontata.

La presente tesi, a carattere sperimentale, propone dunque una ricerca correlazionale fra lo stigma dell'aborto e gli stereotipi di genere in un campione di donne italiane al fine di indagare la relazione tra l'interiorizzazione degli stereotipi di genere, l'ideologia sessista, le norme di maternità e gli atteggiamenti riguardanti l'interruzione volontaria di gravidanza all'interno del contesto italiano.

Prima della somministrazione e diffusione del questionario *self-report* elaborato, è stato chiesto il parere del comitato etico dell'Università degli studi di Padova, il quale ha approvato la procedura. I dati sono quindi stati raccolti attraverso la piattaforma *online* Qualtrics, dove per ogni richiesta formulata erano presenti esempi ed indicazioni volte a favorire la comprensione e la compilazione corretta del questionario.

### 3.2 IPOTESI

L'obiettivo dell'indagine nel suo complesso è quello di indagare ed analizzare una possibile relazione correlazionale tra l'interiorizzazione di stereotipi derivanti da norme di genere, benessere soggettivo, credenza in ideologie che giustificano il sistema e gli atteggiamenti delle donne italiane nei confronti dell'IVG. Per svolgere questa indagine si considera come variabile dipendente il grado di supporto per l'IVG, nella consapevolezza che le altre variabili proposte fungono da cornice ideologica di riferimento stereotipizzata, ovvero che hanno la capacità di influenzare il proprio punto di vista nei confronti dell'interruzione volontaria di gravidanza.

L'ipotesi principale è che le donne che riportano livelli più elevati di stereotipizzazione e ideologie sessiste, siano anche più propense a giustificare la posizione del sistema e del contesto in cui vivono nei confronti dell'IVG. Ne consegue una maggiore stigmatizzazione dell'aborto elettivo ed una posizione meno favorevole rispetto alla legalità di questa scelta.

Successivamente, si vuole verificare nello specifico il ruolo degli stereotipi, del sessismo, delle norme di maternità e della *SJ* nel supporto per IVG: in particolare, si ipotizza come questi possano essere variabili predittrici negative per il supporto all'aborto.

Inoltre, si vuole indagare il ruolo dello stigma dell'aborto: si ipotizza che questo possa svolgere il ruolo di variabile mediatrice rispetto al sessismo, alle norme di maternità e alla *SJ*, influenzando di conseguenza il supporto per l'aborto.

L'obiettivo generale è dunque quello di indagare il ruolo della donna all'interno della società italiana, analizzando in quale misura gli stereotipi vengano interiorizzati e quanto

l'idea della maternità, definita in qualità di evento positivo e desiderabile, sia una prospettiva di vita interiorizzata e come questa influenzi il supporto all'aborto volontario.

### **3.3 PARTECIPANTI**

Si è deciso di focalizzare la ricerca sul contesto italiano, prendendo in esame un campione composto esclusivamente da donne, con nazionalità italiana o residenti in Italia, ed aventi la maggiore età. L'intera compilazione del questionario era anonima, previa visione e accettazione del consenso informato. Il questionario è stato proposto esclusivamente in lingua italiana.

Alla fine della compilazione si è fornito uno spazio volto a dare la disponibilità, a chi volesse, di lasciare un commento o un suggerimento sul lavoro presentato, favorendo una possibile collaborazione con chiunque decidesse di compilare il questionario.

Le partecipanti sono state cercate su piattaforme *online*, principalmente attraverso i *social media* e il passaparola; per l'adesione e la compilazione non è stato previsto nessun tipo di compenso.

Si è ottenuto un campione complessivo composto da 215 persone, di cui il 97% afferma di essere una cittadina italiana, avente un'età compresa tra i 18 e i 66 anni ( $M = 32.15$ ;  $SD = 11.70$ ). La maggior parte del campione si colloca nella categoria occupazionale di studentessa oppure lavoratrice. All'interno del campione esaminato più dell'86% afferma di avere un orientamento eterosessuale e il 74% riporta di non avere figli al momento della compilazione del questionario. Attraverso i dati demografici raccolti si può vedere come il campione sia maggiormente caratterizzato da un orientamento politico di sinistra, ma non estremista ( $M = 35.64$ ,  $SD = 22.6$ ). Per quanto riguarda invece la situazione

economica, il campione è collocato in una situazione di più che sufficiente disponibilità economica ( $M = 6.2$ ,  $SD = 1.8$ ).

### **3.4 STRUMENTI E PROCEDURA**

Per svolgere al meglio la ricerca, tutte le variabili sono state esaminate prendendo in considerazione diversi fattori ritenuti importanti per l'indagine. Ne consegue che, per una chiarezza teorica, si possono dividere le scale presentate in cinque macrogruppi, ognuno dei quali indaga una precisa sfaccettatura afferente al tema generale. Si possono quindi definire i seguenti gruppi tematici: stereotipi di genere, sessismo e maternità, aborto e stigma sociale, *system justification*, benessere e, infine, la relazione con *partner*. Vengono di seguito riportate tutte le scale utilizzate.

#### **3.4.1 STEREOTIPI DI GENERE, L'IDEOLOGIA SESSISTA E MATERNITÀ**

La prima parte del questionario presentato riguarda gli stereotipi di genere e l'ideologia sessista. Alle partecipanti vengono presentati una serie di aggettivi, riguardanti nello specifico i tratti stereotipicamente attribuiti alle donne o agli uomini sulla base del Modello del Contenuto dello Stereotipo, il quale afferma che le dimensioni su cui si fonda la percezione sociale sono competenza e calore (i.e., *Stereotype Content Model*, Fiske et al., 2002; es. affettuosa/o, sicura/o di sé, intelligente), chiedendo inoltre di indicare quali di questi fossero più attribuibili a donne, uomini oppure ad entrambi. La scala è composta da un totale di 23 *item* ( $\alpha=.70$ ).

Successivamente, gli stessi aggettivi vengono riproposti in seguito, formulando la richiesta di indicare quanto questi fossero aggettivi attribuibili alla propria persona, secondo le possibilità indicate (i.e., non attribuibile a me, in parte attribuibile a me, o

molto attribuibile a me). L'obiettivo è, in questo caso, quello di verificare il livello di interiorizzazione degli stereotipi di genere (23 *item*;  $\alpha=.70$ ).

Successivamente si riporta la versione breve della scala *Ambivalent Sexism Inventory* (ASI; Glick & Fiske, 1996). La versione completa della scala prevede 22 *item*; nel presente studio si è deciso di utilizzare la versione ridotta, la quale riporta 12 *item* ( $\alpha=.91$ ).

All'interno del questionario viene chiesto di rispondere su una scala Likert da 1 (totalmente in disaccordo) a 5 (totalmente d'accordo) il grado di accordo/ disaccordo rispetto alle affermazioni proposte riguardanti la relazione e lo scambio sociale tra uomini e donne (es. *item*: le donne dovrebbero essere coccolate e protette dagli uomini; le donne cercano di acquisire potere tenendo a freno gli uomini; ogni uomo dovrebbe avere una donna da adorare). Si tratta di una scala che esamina il sessismo benevolo con 6 *item* ( $\alpha=.85$ ) e il sessismo ostile con altri 6 *item* ( $\alpha=.90$ ). Si può infatti notare che all'interno della scala il sessismo viene espresso in tre ambiti differenti ovvero paternalismo, differenze di genere ed eterosessualità.

Considerando la maternità come un costrutto sovraordinato, appartenente ai ruoli di genere, di seguito viene presentata alle partecipanti *The Tradition Motherhood Scale* composta da 18 *item* ( $\alpha=.94$ ; Whatley & Knox, 2005). Alle partecipanti viene esposta una serie di affermazioni (es.: “la madre ha una relazione migliore con i figli”; “le donne hanno un ruolo più ampio nel crescere i figli”; “la maternità è ciò che porta le donne al massimo del loro potenziale”) alle quali devono rispondere, indicando la loro posizione su una scala Likert da 1 (totalmente in disaccordo) a 7 (totalmente d'accordo). Gli *item* propongono e tratteggiano, nel complesso, una visione tradizionale della maternità, dove la donna è il fulcro della relazione con il figlio mentre la maternità è proposta come la meta ideale da raggiungere per ritenersi soddisfatte.

### 3.4.2 INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA E STIGMA SOCIALE

La seconda parte del questionario prende in considerazione il tema dell'aborto, inteso come interruzione volontaria di gravidanza, e lo stigma sociale.

La prima richiesta presentata alle partecipanti è di indicare in che misura la procedura dell'interruzione volontaria di gravidanza dovrebbe essere permessa su una scala Likert a 7 punti, dove 1 = dovrebbe sempre essere permesso e 7 = non dovrebbe mai essere permesso. Gli *item* riportano diverse situazioni possibili che potrebbero portare la donna alla scelta di interrompere la gravidanza e viene chiesta l'opinione delle partecipanti rispetto al grado di permissione per ciascuna di esse (es.: "la salute personale della donna è seriamente messa a rischio dalla gravidanza"; "la gravidanza è il risultato di un rapporto sessuale occasionale"; "la donna preferisce concentrarsi sulla carriera professionale"). I 16 diversi *item* ( $\alpha=.90$ ) proposti affrontano circostanze e contingenze differenti, non soffermandosi quindi solo allo stato di salute della donna oppure del feto, bensì considerando una varietà di contesti e motivazioni personali, per esempio valutando anche la figura del *partner*/marito (i.e. "la donna non è sposata e non vuole sposare l'uomo, la donna è sposata e suo marito non vuole altri figli").

Viene successivamente proposto il questionario *Reasoning About Abortion* (RAQ; Parsons, Richards & Kanter, 1990) formato da 20 *item* ( $\alpha=.82$ ). In questa parte è chiesto di rispondere agli *item* presentati (es.: "l'aborto è una scelta personale"; "l'aborto è una minaccia per la nostra società"; "solo Dio, e non le persone, può decidere se un feto può vivere") indicando la propria posizione e il proprio giudizio su una scala Likert da 1 (totalmente in disaccordo) a 5 (totalmente d'accordo). Il questionario permette di valutare i ragionamenti sul tema proponendo in contemporanea due posizioni opposte, ovvero quella *pro-life* dove l'aborto viene visto come qualcosa di moralmente sbagliato,



prendendo in causa anche la religiosità personale, e quella *pro-choice* dove invece si enfatizza la possibilità di compiere una scelta personale, sottolineando l'importanza del controllo sul proprio corpo e sulla propria vita.

### **3.4.3 SYSTEM JUSTIFICATION**

Il terzo blocco corrisponde alla scala che misura il livello di *System Justification*: la sequenza di *item* presentata era già stata usata in una ricerca precedente da Napier e Bettinsoli (2021), adattata da quella precedente di Kay e Jost (2005). Alle partecipanti viene presentata una serie di affermazioni alle quali rispondere su una scala Likert da 1 (totalmente in disaccordo) a 7 (totalmente d'accordo) il proprio grado di accordo/disaccordo (es.: “la nostra società ha bisogno di essere radicalmente ricostruita” [reverse], “tutti hanno una fetta di ricchezza e benessere”, “se il sistema funziona in questo modo significa che è giusto così”). Gli *item* proposti hanno il fine di indagare le credenze di correttezza ed equità rispetto al sistema sociale di provenienza del campione e all'interno del contesto sociale nel quale questo vive (13 *item*;  $\alpha=.80$ ).

### **3.4.4 RELAZIONE CON PARTNER**

All'interno del questionario sono stati presentati 6 *item* ( $\alpha=.89$ ) riguardanti la relazione con i *partner*, chiedendo alla persona che compilava il questionario di rispondere su una scala da 1 (totalmente in disaccordo) a 7 (totalmente d'accordo) la propria posizione di accordo/disaccordo rispetto alle affermazioni riportate (es. “mi aiuta rivolgermi al mio/ alla mia *partner* nei momenti di bisogno”; “non mi sento a mio agio ad aprirmi con il mio/ la mia *partner*”; “di solito discuto nei miei problemi e delle mie preoccupazioni con il mio/ la mia *partner*”).

Gli *item* fanno parte della scala *Experience in Close Relationship Scale - Short Form* (ECR-S, Wei et al., 2007), nel questionario *self-report* originale sono presenti 12 *item* che indagano lo stile di attaccamento adulto, con un focus sulle relazioni strette, focalizzandosi principalmente sull'evitamento e l'ansia.

### **3.4.5 BENESSERE**

Per prendere in esame il benessere mentale è stata utilizzata la scala *The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale* (WEMWBS, Tennant et al., 2007), formata da 14 *item* ( $\alpha = .90$ ) che permettono di dare un'indicazione sulla resilienza e sui fattori protettivi prevedendo una risposta su una scala Likert a 5 punti, dove 1 è "mai" e 5 "tutto il tempo" (es.: "mi sono sentita ottimista rispetto al futuro", "mi sono sentita vicino ad altre persone", "ho affrontato bene i miei problemi").

Gli *item* sono tutti formulati in modo positivo e indagano gli aspetti del benessere mentale positivo: lo scopo ultimo della scala è esplorare gli aspetti emozionali, le dimensioni cognitive e valutativa nonché il funzionamento psicologico sulla popolazione generale. Gli *item* contengono elementi appartenenti alla prospettiva edonistica del benessere ed altri in riferimento a quella eudemonica (es. ottimismo, gioia, riposo), le relazioni interpersonali soddisfacenti e il funzionamento positivo (es. energia, pensare in modo chiaro, auto-accettazione). La scala si focalizza sulle due settimane precedenti alla somministrazione, ovvero propone una temporalità limitata e non un benessere soggettivo personale generale.

## 3.5 RISULTATI

### 3.5.1 STATISTICHE DESCRITTIVE

Le analisi delle statistiche descrittive riportate nel presente paragrafo sono state svolte sul campione preso nella sua totalità. Questa decisione è dovuta al fatto che la numerosità del campione non è sufficientemente rappresentativa per la parte di popolazione di donne che hanno già dei figli; dunque, non è rilevante a livello sperimentale suddividere il campione in più gruppi in quanto sarebbero sbilanciati e non rappresentativi. Pertanto, nella Tabella 1 sono riportate le medie e deviazioni *standard* delle variabili esaminate.

Tabella 1 Statistiche descrittive: sono riportate tutte le medie e deviazioni standard delle variabili incluse nel questionario.

	<b>VALID</b>	<b>MEAN</b>	<b>STD. DEVIATION</b>
Interiorizzazione_stereotipi	215	2.214	3.843
Auto-stereotipizzazione	215	2.077	0.227
Sessismo	215	2.311	1.192
Norma_maternità	215	3.090	1.258
Supporto_aborto	215	5.644	1.027
Aborto_stigma	215	2.968	0.457
SystemJustification	215	2.845	0.771
Benessere	215	3.259	0.692
Relazione_partner	215	5.444	1.272

Per quanto riguarda i 23 aggettivi utilizzati per misurare gli stereotipi di genere, è stato creato un unico indice dove i dati sono stati codificati con -1 se uno stereotipo femminile veniva assegnato ad un maschio oppure se uno maschile veniva assegnato ad una donna. Il punteggio 0 è stato attribuito quando l'aggettivo era assegnato ad entrambe le categorie; +1 è stato attribuito nel caso in cui un aggettivo maschile fosse assegnato ai maschi e

quelli femminili alle femmine, ovvero quando l'aggettivo veniva stereotipizzato. Questa codificazione è stata decisa per creare un indice generale che permettesse di capire come ad un maggior punteggio ottenuto sia associato un maggior grado di stereotipizzazione. I dati rilevati attraverso i 23 aggettivi volti a verificare il grado di auto-stereotipizzazione sono stati codificati suddividendoli nelle due categorie di aggettivi maschili e femminili, passando da una scala da 1 a 3. Il punteggio più alto (3) viene attribuito alle risposte che corrispondono ai *bias* stereotipico, ovvero quando un aggettivo femminile risulta molto attribuibile a sé stessi mentre uno maschile viene indicato come non attribuibile a sé stessi.

### 3.5.2 CORRELAZIONI

Nella Figura 1 vengono riportati i dati ottenuti riguardanti le correlazioni tra le variabili incluse nel questionario, avendo i colori la funzione di indicare la grandezza della relazione tra di esse.

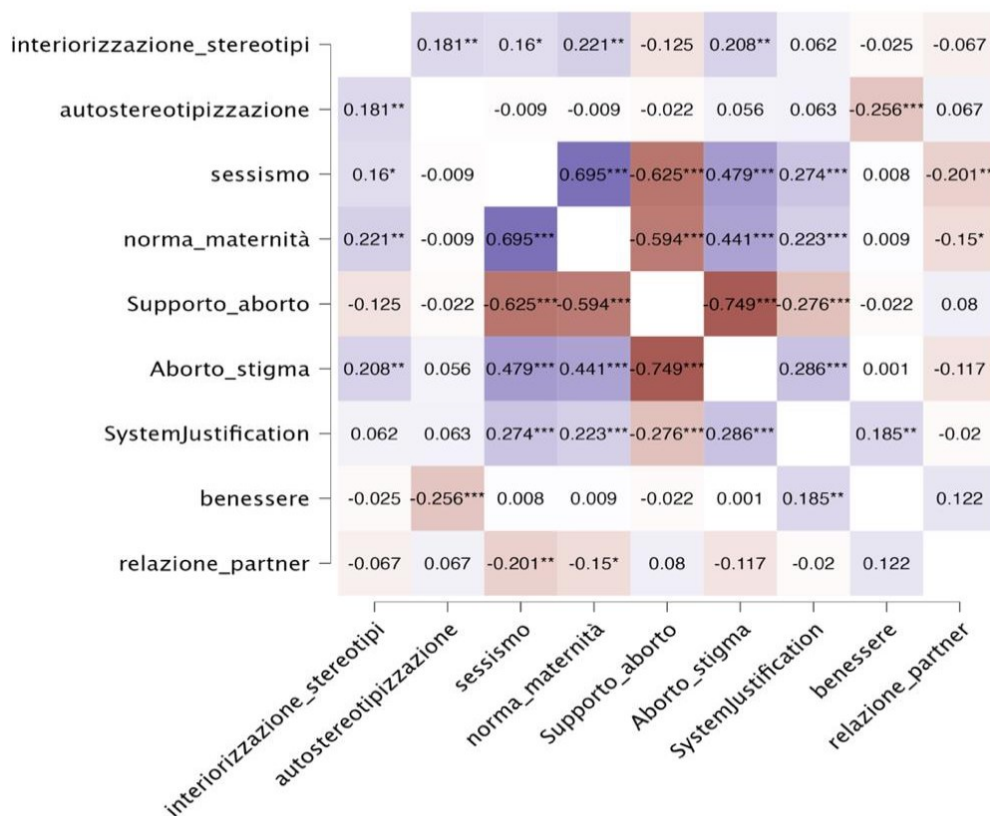


Figura 1. Heatmap delle correlazioni fra le variabili oggetto di studio.

NB. I colori rappresentano la grandezza della relazione tra le variabili, dove le gradazioni di blu indicano le correlazioni positive mentre le gradazioni di rosso si riferiscono a quelle negative.

### 3.5.3 MEDIE DELLE SITUAZIONI DI SUPPORTO ALL'ABORTO

È stata svolta un'analisi ANOVA a misure ripetute, inserendo le 16 possibili motivazioni che portano a scegliere la pratica dell'IVG. L'analisi è volta a testare il grado di accordo per il supporto dell'aborto volontario che le partecipanti esprimono all'interno del questionario rispondendo alle diverse situazioni proposte.

L'analisi elaborata ha rivelato un effetto principale significativo,  $F(1,15) = 183.9$ ;  $p < .001$ ;  $\eta^2p = .46$ , suggerendo come le partecipanti hanno espresso un maggiore (o minore) supporto per alcune motivazioni rispetto ad altre. Nonostante la presente analisi abbia riportato differenze significative tra le 16 situazioni, solo tre di queste sono state valutate come particolarmente non accettabili per rendere sempre permesso l'aborto. Nel dettaglio, “la donna è sposata e non vuole altri figli” ( $M=1.9$ ,  $SD=1.7$ ), “la donna è sposata e suo marito non vuole altri figli” ( $M=3.02$ ,  $SD=2.2$ ), “il marito della donna lo vuole per qualsiasi ragione” ( $M=4.3$ ,  $SD=2.5$ ). (Vedi Figura 2).

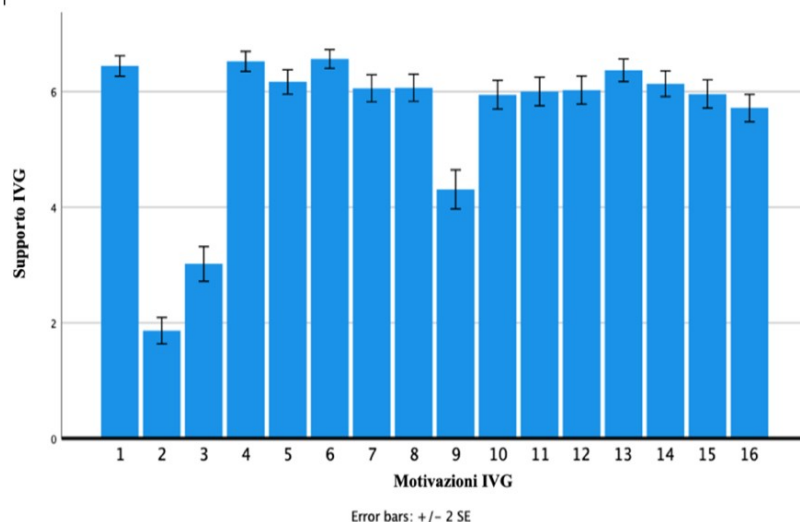


Figura 2. *Grado di supporto rispetto alle 16 motivazione per IVG.*

### 3.5.4 REGRESSIONE LINEARE

Per testare l'associazione tra sessismo, norme sulla maternità, *SJ*, stigma dell'aborto e supporto per l'aborto, è stata condotta una regressione lineare usando come variabili predittrici il livello interiorizzato di sessismo, di norma di maternità, della *SJ* e dello stigma dell'aborto. Come riportato nella Tabella 3, sessismo, norme sulla maternità e lo stigma dell'aborto risultano essere predittori statisticamente e negativamente significativi per il supporto dell'aborto. In particolare, si noti come all'aumentare dei livelli di sessismo, delle norme sulla maternità e dello stigma dell'aborto, diminuisce il supporto nei confronti della pratica dell'IVG. I risultati, inoltre, indicano che il livello di stereotipi ( $p=.07$ ) e di *SJ* ( $p=.75$ ) non sono associati con il supporto per le pratiche abortive.

Tabella 2: ipotesi supporto aborto

<b>Model</b>	<b>R</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Adjusted R<sup>2</sup></b>	<b>RMSE</b>
H <sub>0</sub>	0.000	0.000	0.000	1.027
H <sub>1</sub>	0.822	0.676	0.669	0.591

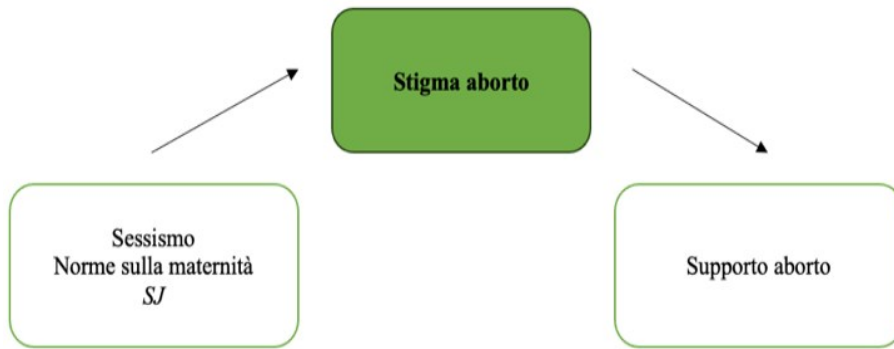
Tabella 3: Dati regressione lineare

Model		Unstandardized	Standard Error	Standardized	t	p
Ho	(Intercept)	5.644	0.070		80.55	< .001
Hi	(Intercept)	10.373	0.287		36.16	< .001
	interiorizzazione_stereotipi	0.020	0.011	0.074	1.82	0.070
	sessismo	-0.188	0.049	-0.219	-3.82	< .001
	norma_maternità	-0.169	0.046	-0.207	-3.70	< .001
	Aborto_stigma	-1.268	0.105	-0.564	-12.10	< .001
	SystemJustification	-0.018	0.055	-0.013	-0.32	0.746

Per accertarsi che lo stigma dell'aborto e il supporto per l'aborto non fossero due variabili sovrapponibili, si è provveduto a fare il calcolo della regressione lineare senza lo stigma dell'aborto, dove però risulta che la varianza totale spiegata diminuisce da  $R^2 = 0.676$  a  $R^2 = 0.45$ . Questo risultato dimostra come lo stigma dell'aborto e il supporto dell'aborto non misurino lo stesso costrutto.

### 3.5.5 ANALISI DI MEDIAZIONE

Considerando i dati ottenuti attraverso lo svolgimento della regressione lineare, si è ritenuto utile ai fini della ricerca svolgere anche un'analisi di mediazione. Nell'analisi di mediazione eseguita, utilizzando come variabili predittrici il sessismo, le norme di maternità e *SJ* nonché proponendo lo stigma dell'aborto come variabile mediatrice, si è osservato il mutare del supporto dell'aborto, definita quindi come variabile dipendente.



**Figura 3:** Modello di mediazione per valutare il supporto all'IVG

Si sono ottenuti degli effetti diretti dei predittori sulla variabile dipendente (supporto aborto). Le variabili inerenti al sessismo e alle norme sulla maternità risultano essere direttamente associate con il supporto per l'aborto in modo negativo: più sono alti i livelli delle variabili indipendenti, più bassi saranno i livelli di supporto per la pratica dell'aborto.

Gli unici effetti significativi ottenuti sono quindi con le variabili sessismo e norme della maternità, mentre la variabile *SJ* non risulta significativa.

**Tabella 4:** effetti diretti analisi di mediazione

		Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
sessismo	→ Supporto_aborto	-0.191	0.049	-3.892	< .001	-0.324	-0.091
norma_maternità	→ Supporto_aborto	-0.158	0.045	-3.510	< .001	-0.263	-0.075
SystemJustification	→ Supporto_aborto	-0.019	0.055	-0.346	0.729	-0.140	0.097

*Note.* Delta method standard errors, bias-corrected percentile bootstrap confidence intervals, ML estimator.



Per misurare gli effetti indiretti si è usata come variabile mediatrice lo stigma dell'aborto. Come si vede dai risultati riportati nella tabella 5, le variabili sessismo e norme della maternità continuano a rimanere significative; tuttavia, si abbassano gli effetti ottenuti perché le variabili perdono di potenza essendo in parte spiegate dal considerare l'interruzione volontaria come attributo stigmatizzante. Sessismo e norme della maternità sono due variabili che incidono direttamente sul supporto dell'aborto e rimangono predittori significativi nonostante la mediazione dello stigma. Inoltre, l'analisi ha rivelato una mediazione totale della percezione dell'aborto come stigma sulla relazione tra *SJ* e supporto dell'aborto, suggerendo il fatto che giustificare il sistema influisce sulla percezione della stigmatizzazione dell'aborto, il quale a sua volta implica un minore grado di supporto all'aborto volontario.

Tabella 5: effetti indiretti analisi di mediazione

				Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
sessismo	→	Aborto_stigma	→ Supporto_aborto	-0.142	0.041	-3.478	<.001	-0.227	-0.063
norma_maternità	→	Aborto_stigma	→ Supporto_aborto	-0.090	0.037	-2.410	0.016	-0.179	-0.003
SystemJustification	→	Aborto_stigma	→ Supporto_aborto	-0.118	0.046	-2.589	0.010	-0.212	-0.023

*Note.* Delta method standard errors, bias-corrected percentile bootstrap confidence intervals, ML estimator.

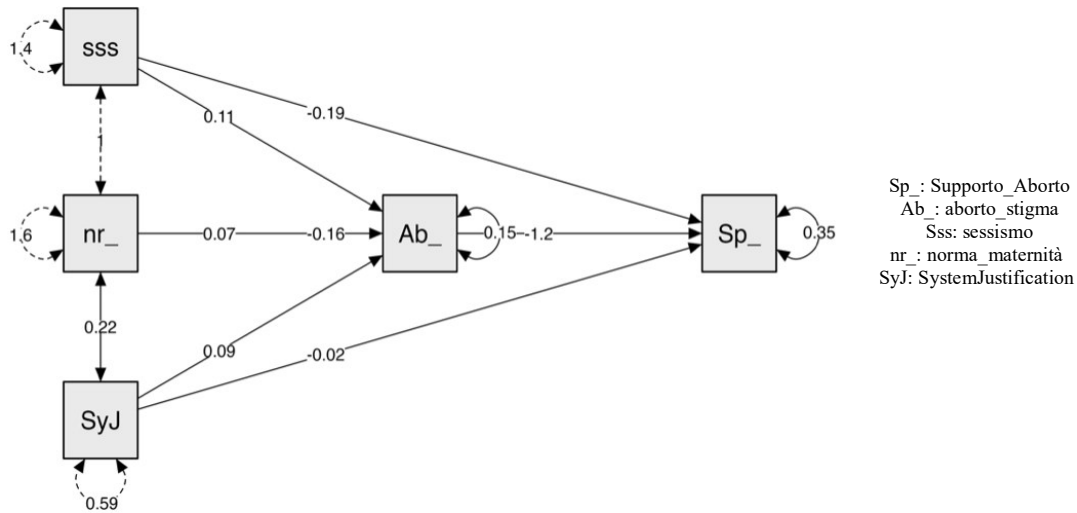
Tabella 6: percorso dei coefficienti

		Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Aborto_stigma	→ Supporto_aborto	-1.244	0.103	-12.040	< .001	-1.504	-0.988
sessismo	→ Supporto_aborto	-0.191	0.049	-3.892	< .001	-0.324	-0.091
norma_maternità	→ Supporto_aborto	-0.158	0.045	-3.510	< .001	-0.263	-0.075
SystemJustification	→ Supporto_aborto	-0.019	0.055	-0.346	0.729	-0.140	0.097
sessismo	→ Aborto_stigma	0.114	0.031	3.633	< .001	0.053	0.176
norma_maternità	→ Aborto_stigma	0.072	0.029	2.459	0.014	0.003	0.133
SystemJustification	→ Aborto_stigma	0.095	0.036	2.651	0.008	0.016	0.163

*Note.* Delta method standard errors, bias-corrected percentile bootstrap confidence intervals, ML estimator.

Una procedura bootstrapping con 1,000 bootstraps (Preacher & Hayes, 2004) ha confermato l'effetto indiretto del sessismo ( $b = -0.14$ ,  $SE = 0.04$ ,  $CI, [-0.22, -0.05]$ ), delle norme della maternità ( $b = -0.09$ ,  $SE = 0.04$ ,  $CI, [-0.18, -0.01]$ ) e della *SJ* ( $b = -0.12$ ,  $SE = 0.05$ ,  $CI, [-0.22, -0.03]$ ) sul supporto dell'aborto, utilizzando come variabile mediatrice lo stigma dell'aborto.

Si è deciso di includere il costrutto del sessismo totale, includendo anche il sessismo ostile; tuttavia, se si considera solo il sessismo benevolo i risultati sono più forti, in linea con studi precedenti (Huang et al., 2016).



*Figura 4: rappresentazione dell'analisi di mediazione*

### 3.6 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

L'ipotesi generale si concentra sull'analisi del sistema ideologico in cui le donne italiane sono inserite: a maggior interiorizzazione di stereotipi di genere, e quindi anche di auto stereotipizzazione, si ipotizza che sia presente un allineamento maggiore con le politiche culturali e sociali sessiste rispetto al permesso dell'aborto, inteso come interruzione volontaria di gravidanza, nonché una maggiore stigmatizzazione di questa scelta.

Dall'analisi delle correlazioni, la maggiore interiorizzazione degli stereotipi correla in modo statisticamente significativo e positivo con l'auto-stereotipizzazione, con il sessismo, le norme della maternità e lo stigma dell'aborto.

La correlazione tra stereotipi di genere e norme di maternità è stata analizzata anche in letteratura: gli stereotipi di genere, infatti, restituiscono un'immagine che tratteggia le divisioni dei ruoli sociali basate sul genere di appartenenza (Helgeson, 2020), all'interno

delle quali la donna assolve il ruolo di madre e di pilastro della genitorialità, seguendo ciò che viene definito come sistema delle credenze di genere (Kite et al., 2022). L'interiorizzazione degli stereotipi, le norme di maternità e lo stigma dell'aborto sono variabili legate da una correlazione statisticamente significativa e positiva: questo legame suggerisce il modo in cui le donne che decidono di abortire non corrispondono agli ideali di femminilità, i quali comprendono al loro interno la maternità come destino di ogni donna (Kumar et al., 2009). Dunque, come si vede anche dalle correlazioni emerse, ad una maggiore interiorizzazione degli stereotipi corrisponde un maggior stigma dell'aborto, enfatizzando la maternità in quanto parte fondamentale della vita della donna. Dai dati raccolti, l'auto-stereotipizzazione correla in modo statisticamente significativo e negativo con il benessere: ovvero, a maggior livelli di auto-stereotipizzazione si associano livelli di benessere minori. Tuttavia, dalle analisi emerge anche una correlazione positiva e statisticamente significativa tra benessere e *SJ*. In linea con ricerche precedenti, interiorizzare l'ideologia della *SJ* ha infatti un effetto palliativo nel breve termine (Jost et al., 2003). In precedenti studi si sottolinea come i gruppi socialmente svantaggiati, tra cui le donne, legittimano coloro che detengono il potere internalizzando le credenze che giustificano la categorizzazione del sistema (Jost & Hunyady, 2003).

Le correlazioni riguardanti il sessismo, sottolineano valori positivi e statisticamente significativi con le norme della maternità, lo stigma dell'aborto e la *SJ*, mentre si hanno correlazioni negative con il supporto all'aborto e la relazione con *partner*. Come visto precedentemente, il sessismo è legato alla maternità perché quest'ultima è definita al pari di una qualità caratteristica fondamentale dell'essere donna (Huang et al., 2016), segnando quindi una forte relazione tra sessismo e posizione antiabortista (Hodson &

MacInnis, 2017). Dunque, la correlazione negativa tra sessismo e supporto per l'aborto è in linea con l'idea che coloro che decidono di abortire violano gli ideali di femminilità (Kumar et al., 2009). La correlazione negativa tra sessismo e relazione con *partner* aderisce al fatto che oggi, nelle relazioni romantiche, si tende ad avere ruoli più egualitari, anche nei processi decisionali, essendo il potere soggettivo e sperimentato indici per la qualità della relazione globale (Körner & Schütz, 2021).

Le norme di maternità correlano in modo statisticamente positivo con lo stigma dell'aborto e la *SJ*, mentre in modo negativo con il supporto all'aborto. Come riportato in letteratura, l'aborto volontario mette alla prova l'idea che la maternità sia essenziale nella vita delle donne, dal momento che la maternità viene vista come il destino del sesso femminile, tanto da elaborare il concetto di "mandato di maternità" (Russo, 1976).

È interessante notare la correlazione negativa tra norme di maternità e relazione con *partner*, benché essa sia meno significativa rispetto alle altre. In particolare, come visto in altre ricerche, il supporto ricevuto dalla rete di conoscenze ed amicizie più vicine mitiga gli effetti dello stigma dell'aborto; in simili situazioni, le donne riportano minori sensi di colpa e di vergogna (Kumar et al., 2009). Gli *item* proposti nella ricerca alludevano alla relazione di coppia nella qualità di spazio di ascolto e condivisione: si suggerisce quindi una relazione discordante rispetto alle norme di maternità, dove la donna, in una relazione plasmata attraverso le lenti del sessismo benevolo, è limitata al ruolo di madre all'interno della relazione ed ha una posizione inferiore rispetto al compagno uomo.

Inoltre, non è presente una correlazione statisticamente significativa tra benessere e norme della maternità: questo è in linea con uno studio precedente dove nel campione

esaminato lo *status* di maternità non era correlato con una soddisfazione di vita più alta (Suppes, 2020).

Il supporto per l'interruzione volontaria di gravidanza correla in modo statisticamente significativo e negativo con lo stigma dell'aborto e la *SJ*: questi dati suggeriscono l'idea che ad un maggiore supporto dell'aborto si hanno minori livelli di stigmatizzazione e minor *SJ*. Se ne deduce che, fornire supporto all'aborto volontario significa sfidare tanto gli ideali di femminilità (Kumar et al., 2009) quanto il contesto sociale all'interno del quale tali ideali esercitano il loro potere. Infatti, si noti come lo stigma dell'aborto sia correlato positivamente con la *SJ*: questa relazione sottolinea l'importanza del contesto sociale rispetto allo stigma dell'IVG. Come visto in letteratura, le posizioni *pro-life* perpetuano lo stigma (Norris et al., 2011): i dati emersi suggeriscono l'idea che avere invece attitudini *pro-choice* possa diminuire lo stigma dell'aborto.

Come evidenziato precedentemente, mettendo in relazione le diverse situazioni proposte alle partecipanti allo scopo di esprimere il proprio grado di accordo con il supporto verso le pratiche abortive, quelle che risultano meno suffragate fanno riferimento a quando la donna sposata ha già figli e le due situazioni all'interno delle quali si propone l'aborto volontario come il risultato di scelta dettata dalla volontà del marito della donna. In queste ultime situazioni, ovvero quelle in cui si fa riferimento alla sola volontà del marito, si può vedere un generale rifiuto del sessismo ostile, ovvero di una posizione di superiorità dell'uomo derivante dal controllo sulla donna (Helgeson, 2020). Il campione esaminato ha quindi espresso una posizione di non supporto rispetto ad un aborto volontario nel caso in cui questo è voluto esclusivamente dall'uomo.

Per quanto riguarda invece la situazione 2, si noti come una donna sposata e con già dei figli non viene supportata dal campione nel diritto di accesso alla pratica dell'IVG. Si ripropone l'idea della madre intesa nel ruolo di colei che deve fare dei sacrifici per anteporre il benessere degli altri, rinunciando al proprio volere pur di soddisfare le aspettative sociali (Hays, 1996). Si suggerisce quindi l'idea che all'interno del campione esaminato una donna che è già madre non può rifiutarsi di esserlo nuovamente.

Il maggior grado di supporto si ottiene in due situazioni specifiche, ovvero nella 4 "la salute personale della donna è seriamente messa a rischio" e nella 6 "la donna è rimasta incinta dopo uno stupro". Questi risultati sono in accordo con quanto già verificato nella letteratura: infatti il supporto per l'interruzione volontaria di gravidanza è maggiore nelle situazioni considerate "traumatiche" come, per appunto, una violenza sessuale o un problema di salute (Bahr & Marcos, 2003; Craig et al., 2002).

Nell'analisi di regressione lineare si può vedere in che modo all'interno del campione il sessismo, le norme sulla maternità e lo stigma dell'aborto siano dei predittori negativi del supporto per l'aborto. Questi risultati sono in linea con la letteratura internazionale: i ruoli tradizionali basati e differenziati sul genere, i quali non sono separabili dall'ideologia sessista e anche dalle norme di maternità, predicono una posizione di non supporto rispetto all'interruzione volontaria di gravidanza. Infatti, sia il sessismo benevolo sia il sessismo ostile sono associati negativamente con il supporto all'aborto (Begun & Walls, 2015). In particolare, lo stigma dell'aborto nasce dalla visione tradizionale dei ruoli di genere e dalle aspettative derivanti, ovvero si sviluppa contemporaneamente ad una visione sessista della società, dove essere donna significa castità, virtù e maternità (Kumar et al., 2009; Norris et al., 2011). Come visto in letteratura, la convinzione comune,

derivante dall'ideologia sessista e secondo la quale le donne dovrebbero svolgere ruoli adeguati al loro genere all'interno della società, può influenzare la posizione di supporto o di non supporto rispetto all'interruzione volontaria di gravidanza (Osborne et al., 2022). Utilizzare le lenti del sessismo ambivalente per vedere la realtà porta ad avere una posizione anti-scelta: alcune ricerche riportano come *BS* e *HS* siano collegati con atteggiamenti contro l'aborto elettivo (Huang et al., 2014, 2016; Osborne & Davies, 2012) e, conseguentemente, maggiore stigmatizzazione (Patev et al., 2019). I dati risultanti dalla regressione lineare sono quindi concordanti con la letteratura internazionale: sessismo, norme della maternità e stigma dell'aborto sono variabili che indicano una visione che non favorisce il supporto all'interruzione volontaria di gravidanza.

L'analisi di mediazione permette di verificare il ruolo dello stigma dell'aborto per comprendere meglio in che modo questo possa influenzare l'esito del supporto dell'aborto. Dai risultati ottenuti si evince che l'influenza del sessismo, delle norme della maternità e della *SJ* sul supporto dell'aborto è, come predetto, in parte spiegata dal ruolo di mediatore dello stigma dell'aborto.

In linea con studi internazionali, maggiore è il supporto sociale percepito nella scelta abortiva, meno è alta la percezione dello stigma e viceversa (Hanschmidt et al., 2016). Nel campione esaminato si evidenzia il modo in cui un maggiore stigma dell'aborto porti ad assumere posizioni meno favorevoli al supporto dell'interruzione volontaria di gravidanza. In uno studio precedentemente svolto, si sottolinea come considerare la donna incinta al pari di un oggetto prezioso da proteggere, ovvero utilizzando la voce narrante del *BS* e sottolineando le credenze positive sulla gravidanza, sia un modo attraverso il quale si alimenta e tramanda la narrazione antiabortista (Dyer et al., 2023).



Leggendo questi risultati adottando la prospettiva del sessismo ambivalente, si noti come la retorica antiabortista ha come protagonista della sua narrazione la figura della donna definita, come già visto, inferiore rispetto all'uomo, alla quale è possibile dare protezione e affetto solo nel caso in cui assuma le mansioni tradizionali a lei attribuite, incluso il ruolo indiscutibilmente positivo di essere madre.

Oggi si presenta l'interruzione volontaria di gravidanza allo stesso modo di una scelta dolorosa per la donna che la richiede e in questo canovaccio gli antiabortisti assumono il ruolo di guardie protettrici delle donne, le quali, in tal senso, non sarebbero capaci di prendere scelte consapevoli e informate (Duerksen & Lawson, 2017).

In conclusione, l'analisi svolta evidenzia come il sessismo e la posizione antiabortista siano connesse, analogamente a quanto verificato in studi precedenti (Huang et al., 2016).



## **CAPITOLO 4**

# **CONCLUSIONI**

Nel presente capitolo vengono evidenziati i limiti riscontrati nel corso della ricerca, riflettendo sulle modalità con cui questi abbiano potuto influenzare i dati finali ottenuti.

Inoltre, vengono proposte delle linee di ricerca future sulla base dei risultati ricavati, pur tenendo in considerazione i limiti riscontrati e cercando di allargare l'analisi della tematica proposta secondo una maggiore profondità metodologica.

Vengono quindi avanzate delle riflessioni finali volte a riassumere gli intenti della ricerca, in riferimento all'attuale contesto sociale e culturale.

### **4.1 LIMITI DELLA RICERCA**

Nella consapevolezza che quanto riportato nello studio sperimentale condotto sia solo un piccolo contributo rispetto ad un più ampio ambito di ricerca, risulta ad ogni modo doveroso riflettere circa i limiti dei dati ottenuti. Infatti, l'indagine non è esente da alcuni limiti sia metodologici che riferibili al campione raccolto.

Per prima cosa si può sottolineare come, sebbene l'intento fosse quello di espandere la ricerca a quante più persone possibili, cercando quindi di raccogliere posizioni differenti che permettessero riflessioni ampie, il campione preso in esame è composto prettamente da giovani donne, spesso frequentanti l'università. Dunque, i dati demografici caratterizzanti il campione definiscono in che modo questo non possa essere considerato come rappresentativo della popolazione italiana, recludendo quindi la possibilità di

generalizzare i risultati alla popolazione totale e riducendo la validità ecologica della ricerca.

Come già emerso dall'ultimo sondaggio Ipnos relativo a 27 differenti Paesi, in Italia le donne, specialmente se di età inferiore ai 35 anni, sono più favorevoli alla legalizzazione dell'aborto rispetto agli uomini (Ipnos, 2022). Collegandosi alla giovane età del campione, è bene sottolineare il fatto che nella maggior parte dei casi chi ha risposto al questionario fosse senza figli. Non avendo quindi sperimentato la maternità in modo diretto, la maggioranza del campione potrebbe riportare un punto di vista esterno rispetto alla maternità in senso stretto. Le risposte ottenute da coloro che hanno già sperimentato la maternità non sono state statisticamente sufficienti per suddividere il campione in due gruppi (chi non ha figli – chi ha già figli); allo stesso modo non si è potuto suddividere il campione tra chi vuole figli e chi non li vuole, poiché quest'ultimo gruppo risultava essere troppo ridotto per proporre una riflessione statistica bilanciata.

Un ulteriore aspetto demografico che potrebbe costituire un limite è la posizione politica maggioritaria del campione: infatti, i risultati ottenuti evidenziano che il campione preso in esame si identifica maggiormente nei partiti politici di sinistra. Questo implica il fatto che non si è potuto analizzare il parere rispetto al tema dell'aborto volontario di coloro che si rispecchiano in un'ideologia politica di destra. Questo punto è fondamentale poiché all'interno del contesto italiano, i partiti di destra sono quelli che maggiormente giustificano i ceti sociali e le disuguaglianze economiche in quanto conseguenze naturali delle differenze sociali. Seguendo questa prospettiva politica, la costruzione della società e dunque del suo ordine interno, è basata sulla tradizione, concetto all'interno del quale risultano comprese tutte le politiche riguardanti la religione, i ruoli sociali e l'importanza

della famiglia tradizionale. Ai fini della ricerca, è dunque fondamentale sottolineare in che modo all'interno del campione queste componenti siano scarse, e come tale insufficienza influenzi sicuramente i dati ottenuti riguardanti il tema principale. Infatti, è presente in letteratura una riflessione relativa ad una maggiore tendenza, per coloro che assumono posizioni politiche di destra (vs. sinistra), ad opporsi all'interruzione volontaria di gravidanza (Altemeyer, 1996; Ho & Penney, 1992; Poteat & Mereish, 2012). Tuttavia, si evidenzia anche che considerare l'embrione alla stregua di un umano non sia sufficiente a descrivere la differenza tra le due posizioni politiche (Hodson & MacInnis, 2017).

Inoltre, si consideri che, essendo la maggioranza del campione intervistato appartenente al gruppo con un alto livello di istruzione, si escludono dalla riflessione sul tema coloro che hanno invece livelli più basilari. Infatti, chi ha risposto al sondaggio afferma, nella maggior parte dei casi, di essere una studentessa universitaria.

Per quanto riguarda la metodologia usata, si sottolinea il fatto che tutti gli strumenti utilizzati nel questionario sono delle scale di risposta *self-report*, implicando quindi una possibilità di falsificazione delle risposte ed aspetti di desiderabilità sociale; inoltre è possibile che le richieste formulate non siano state sempre correttamente comprese e che la presentazione semplificata dei concetti, a causa del limitato tempo a disposizione per la compilazione del questionario, non sempre sia stata chiara per tutte le persone. Un ulteriore limite metodologico da segnalare è la scala usata per misurare il benessere, la quale circoscrive la misurazione alle due settimane prima della somministrazione del questionario. Questa scelta metodologica non permette di indagare il livello di benessere generale della popolazione ed impedisce una riflessione sull'ideologia del benessere contestualizzata nella situazione italiana. La scala non consente quindi di evidenziare il

benessere e la soddisfazione in senso generale nella vita delle partecipanti: le ricerche precedenti che si propongono di misurare il benessere soggettivo si limitano infatti a chiedere ai partecipanti quale sia il grado di soddisfazione della vita e il loro livello di felicità. Avendo utilizzato una scala con una limitazione temporale specifica questo passaggio, in effetti, non è risultato possibile.

## **4.2 PROSPETTIVE FUTURE**

Questo studio può fornire una base importante per sviluppi futuri della tematica nel contesto italiano, dal momento che l'interruzione volontaria di gravidanza è tornato ad essere un tema di grande importanza sociale, nonché argomento di rilievo rispetto alla politica e ai diritti civili, a causa delle differenti e molteplici problematiche riscontrate nei servizi sanitari e nella vita quotidiana delle donne italiane.

In future ricerche, si potrebbe somministrare il questionario agli uomini, indagando in che modo e quanto profondamente gli stereotipi di genere e l'ideologia sessista siano interiorizzati in tale parte della popolazione, analizzando altresì come essi influenzino, positivamente o negativamente, il ruolo nelle relazioni amorose, nella famiglia e nella partecipazione o supporto alla scelta dell'aborto. Alla luce di quanto emerso, bisogna infatti chiedersi quanto all'interno della società italiana, l'evento di una gravidanza impatti la vita dell'uomo rispetto a quella della compagna, e come l'uomo giustifichi questo tipo di differenza. Ad esempio, una ricerca ha valutato il ruolo assunto dal *partner* nella decisione dell'aborto (Chibber et al., 2014), andando oltre quelle che erano le ricerche precedenti che parlavano piuttosto di violenza di genere all'interno della coppia

(Campbell et al., 2000) e del controllo dell'uomo sulle decisioni riproduttive della donna (Miller et al., 2010; Moore et al., 2010; Thiel de Bocanegra et al., 2010).

Inoltre, sarebbe importante proporre il questionario non solamente persone eterosessuali e donne: infatti, l'aborto è una questione che comprende molte persone *transgender*, *nonbinary*, appartenenti in generale alla comunità LGBTQIA+, a cui viene assegnato il sesso femminile alla nascita (Moseson et al., 2020). Sarebbe dunque interessante coinvolgere anche questa parte della popolazione italiana sul tema.

Un altro spunto di riflessione potrebbe partire dai dati che si riferiscono al livello di istruzione: occorre infatti domandarsi in che modo e con quale significatività il livello di istruzione incida sulle scelte personali e sulla capacità di distinguere tra stigma e realtà. L'istruzione potrebbe infatti essere un filo conduttore capace di mitigare gli effetti negativi dello stigma e degli stereotipi, favorendo consapevolezza all'interno della popolazione, soprattutto se si parla di educazione sessuale e affettiva praticata e sperimentata fin dalla giovane età all'interno di contesti istituzionali e con professionisti.

Si potrebbe inoltre proporre una riflessione sugli ideali di femminilità tra un campione di donne che hanno abortito rispetto a quelle che hanno deciso di proseguire la gravidanza inizialmente non desiderata. Nella parte del campione che ha deciso di portare avanti la gravidanza, sarebbe interessante indagare il livello di soddisfazione e benessere rispetto ai sacrifici fatti, con l'obiettivo di esplorare quanto questi potrebbero essere influenzati dagli ideali di maternità come scopo ultimo di una donna e in che modo possano essere legati alla *system justification*. In letteratura si riporta infatti che coloro che si trovano in conflitto con le aspettative sociali abbiano risposte emozionali negative, le quali possono

anche compromettere il benessere personale (Baker, 2019; Carroll & Yeadon-Lee, 2022; Clement & Waitt, 2017; Colodro-Conde et al., 2015; Constantinou et al., 2021; Forbes et al., 2020; Kroska & Elman, 2009).

Successivamente sarebbe interessante interrogare un campione di medici, o personale sanitario in generale, praticante l'obiezione di coscienza in Italia, con l'obiettivo di sondare i legami tra l'obiezione di coscienza, il sessismo e la posizione politica, analizzando come la *SJ* possa influenzare e giustificare il maggior progresso di carriera e il benessere di questa popolazione di *staff* medico, rispetto coloro che non fanno appello all'obiezione.

Infine, un ulteriore spunto per studi futuri sarebbe quello di proporre una ricerca in due tempi o con una manipolazione, volta a enfatizzare l'uso della scala sul benessere proposta e permettendo quindi un confronto utile e potenzialmente indicativo, come ad esempio prendendo in esame persone che prima non sono in attesa e in un secondo tempo lo sono, indagando le differenze di benessere, interiorizzazione delle norme di maternità e supporto dell'IVG tra il prima e il dopo. In questo caso, oltre a questionari *self-report*, si potrebbe utilizzare lo strumento dell'intervista al fine di proporre un quadro più dettagliato della situazione e favorire un'integrazione tra più metodologie, superando, in generale, i limiti metodologici riscontrati nella ricerca presentata.

### **4.3 CONCLUSIONI**

La presente tesi sperimentale nasce dal desiderio di indagare il contesto italiano da vicino, studiando ed analizzando un tema di fondamentale importanza all'interno della vita di



moltissime persone e oggetto di diritti internazionali e nazionali spesso non rispettati. Attraverso una prospettiva storica e grazie alle indicazioni della letteratura in ambito psicologico, si è potuto approfondire e meditare sul tema dell'interruzione volontaria di gravidanza. Il focus sulla prospettiva psico-sociale ha permesso di soppesare diverse caratteristiche che emergono in tale ambito quando si parla del tema, soprattutto quando vengono presi in considerazione i limiti di accesso a tale servizio sanitario, i quali non fanno riferimento solo a leggi giuridiche bensì anche a barriere sociali e stereotipiche.

Il filo che collega tutte le parti dell'elaborato è l'obbiettivo di fornire informazioni e strumenti per valutare, da un punto di vista sociopsicologico, sia l'interruzione volontaria di gravidanza che i soggetti differenti coinvolti, in modo più o meno diretto, in tale intervento, con il fine di proporre informazioni aggiuntive e basi solide da inserire in un discorso tematico molto complesso.

Grazie alla ricerca svolta e ai dati ottenuti, si è potuto avere un quadro della situazione odierna nel contesto italiano, con la consapevolezza dei limiti interni allo studio e con il suggerimento di proseguire il tema di indagine in ricerche future, cercando di andare ancora più in profondità rispetto alla tematica ed esplorare le conseguenze di quanto emerso dai risultati.

Studiare il contesto all'interno del quale si vive, analizzarlo e interrogarlo sulle sue caratteristiche fondanti, prendendo in considerazione anche quelle che sono le sue crepe e le sue incrinature, permette al singolo individuo di avere maggiore consapevolezza di sé, dell'influenza del sistema e delle possibilità di relazione con esso. Le norme di genere sono un punto cardine della struttura generale della società, ivi compresa quella italiana: avere cognizione che si tratta di norme che non sempre favoriscono la libertà e

l'uguaglianza, come qui si è cercato di analizzare in merito alla popolazione femminile, permette di incentivare un cambiamento volto al miglioramento per tutte le parti. Sviluppare una riflessione capace di eliminare le barriere sociali imposte tanto dalla storicità in cui si vive quanto dall'implicita richiesta di rispondere alle pretese del mondo esterno, permette di concentrarsi sulla possibilità di iniziare un dialogo intersoggettivo e interpersonale che porta a riconoscere le differenti sfaccettature di sé stessi e degli altri, sviluppando una visione olistica della persona nonché permettendo al singolo di auto-definirsi per come si è imparato a conoscere e non basandosi esclusivamente sui traguardi sociali imposti per definire un stato di soddisfazione che non obbligatoriamente corrisponde alla felicità personale. Si incentiva quindi un processo di emancipazione dall'immagine di gioià socialmente costruita con l'obbiettivo di contribuire, invece, alla possibilità di espressione della potenza della vita in tutte le sue forme, favorendo dunque la capacità di conoscere attraverso le cause e incoraggiando l'accoglienza della singolarità (Benasayag et al., 2016).

La riflessione sulle norme della maternità, sul permesso dell'aborto e sullo stigma consente di interrompere la narrazione sociale dominante sulla sessualità femminile e sugli obbiettivi che le donne devono o non devono raggiungere per ritenersi soddisfatte e adeguate: ne consegue che la maternità non è più un destino superiore al quale tendere a prescindere, bensì una scelta personale e privata, dunque soggettiva, la quale deve essere consapevole e volontaria per favorire una genitorialità felicemente vissuta. Questa riflessione toglie spazio alla voce predominante che narra come l'aborto sia un'esperienza traumatica in sé, e non per il difficile e omertoso percorso ad ostacoli che la caratterizza, presentando la maternità e la genitorialità come una delle possibilità che si presentano e,

soprattutto, come una scelta nella vita delle donne, permettendo di avere libero e legale controllo sul proprio corpo, favorendo l'espressione di consapevolezza ed l'emancipazione e, in definitiva, avere la possibilità di avvalersi ed esercitare l'autodeterminazione.



## Bibliografia

\*Allport, G. W., Clark, K., & Pettigrew, T. (1954). The nature of prejudice.

\*Altemeyer, B. (1996). The authoritarian specter. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Alvarez, R. M., & Brehm, J. (1995). American ambivalence towards abortion policy: Development of a heteroskedastic probit model of competing values. *American Journal of Political Science*, 1055-1082.

Anselmi, N., D'Aloise, A., Di Febo, R., Pezzuti, L., & Leone, C. (2018). Psychological implications of abortion: a longitudinal study on two cohorts of women who recur to elective and therapeutic abortion. *Rivista di psichiatria*, 53(6), 324-330.

Arendell, T. (2000). Conceiving and investigating motherhood: The decade's scholarship. *Journal of marriage and family*, 62(4), 1192-1207.

Ashburn-Nardo, L. (2017). Parenthood as a moral imperative? Moral outrage and the stigmatization of voluntarily childfree women and men. *Sex roles*, 76(5), 393-401.

Bahr, S. J., & Marcos, A. C. (2003). Cross-cultural attitudes toward abortion: Greeks versus Americans. *Journal of Family Issues*, 24(3), 402-424.

Baird, B., & Millar, E. (2019). More than stigma: interrogating counter narratives of abortion. *Sexualities*, 22(7-8), 1110-1126.

Baird, B., & Millar, E. (2020). Abortion at the edges: politics, practices, performances. In *women's studies international forum* (Vol. 80, p. 102372). Pergamon.

Baker, E. E. (2019). Motherhood, homeschooling, and mental health. *Sociology Compass*, 13(9), e12725.

Begun, S., & Walls, N. E. (2015). Pedestal or gutter: Exploring ambivalent sexism's relationship with abortion attitudes. *Affilia*, 30(2), 200-215.

Benasayag, M., Del Rey, A., & Missana, E. (2016). *Oltre le passioni tristi: dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa*. Milano: Feltrinelli.

Bergnehr, D., & Henriksson, H. W. (2021). Hardworking women: representations of lone mothers in the Swedish daily press. *Feminist Media Studies*, 21(1), 132-146.

Berkel, L. A. (2004). A psychometric evaluation of the sex-role egalitarianism scale with African Americans. *Sex Roles*, 50, 737-742.

Bianchi, S. M., & Milkie, M. A. (2010). Work and family research in the first decade of the 21st century. *Journal of marriage and family*, 72(3), 705-725.

Bianchi, S. M. (2011). Changing families, changing workplaces. *The Future of Children*, 15-36.

\*Blair-Loy, M. (2003). *Competing devotions: Career and family among women executives*. Harvard University Press.

\*Black, C., & DeBlassie, R. R. (1985). Adolescent pregnancy: Contributing factors, consequences treatment, and plausible solutions. *Adolescence*, 20(78), 281.

Bommaraju, A., Kavanaugh, M. L., Hou, M. Y., & Bessett, D. (2016). Situating stigma in stratified reproduction: abortion stigma and miscarriage stigma as barriers to reproductive healthcare. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 62-69.

Brown, P., Lyson, M., & Jenkins, T. (2011). From diagnosis to social diagnosis. *Social Science & Medicine*, 73(6), 939-943.

Campbell, J. C., Woods, A. B., Chouaf, K. L., & Parker, B. (2000). Reproductive health consequences of intimate partner violence: A nursing research review. *Clinical nursing research*, 9(3), 217-237.

Carroll, N., & Yeadon-Lee, T. (2022). I'm Mum and Dad in One, Basically': Doing and Displaying 'Good Lone Motherhood. *Sociology*, 56(3), 504-521.

Caruso, E. (2020). Abortion in Italy: forty years on. *Feminist Legal Studies*, 28(1), 87-96.

Chibber, K. S., Biggs, M. A., Roberts, S. C., & Foster, D. G. (2014). The role of intimate partners in women's reasons for seeking abortion. *Women's Health Issues*, 24(1), e131-e138.

\*Clement, S., & Waitt, G. (2017). Walking, mothering and care: A sensory ethnography of journeying on-foot with children in Wollongong, Australia. *Gender, Place & Culture*, 24(8), 1185-1203.

Cockrill, K., & Nack, A. (2013). "I'm not that type of person": managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973-990.

Collins, C. (2021). Is maternal guilt a cross-national experience? *Qualitative Sociology*, 44(1), 1-29.

Colodro-Conde, L., Limiñana-Gras, R. M., Sánchez-López, M. P., & Ordoñana, J. R. (2015). Gender, health, and initiation of breastfeeding. *Women & Health*, 55(1), 22-41.

\*Constantinou, G., Varela, S., & Buckby, B. (2021). Reviewing the experiences of maternal guilt—the "Motherhood Myth" influence. *Health Care for Women International*, 42(4-6), 852-876.

Craig, S. C., Kane, J. G., & Martinez, M. D. (2002). Sometimes you feel like a nut, sometimes you don't: Citizens' ambivalence about abortion. *Political Psychology*, 23(2), 285-301.

Cross, E. J., Overall, N. C., Low, R. S., & McNulty, J. K. (2019). An interdependence account of sexism and power: Men's hostile sexism, biased perceptions

of low power, and relationship aggression. *Journal of Personality and Social psychology*, 117(2), 338.

Dadlez, E. M., & Andrews, W. L. (2010). Post-abortion syndrome: Creating an affliction. *Bioethics*, 24(9), 445-452.

\*Damaske, S. (2011). *For the family?:stigma How class and gender shape women's work*. OUP USA.

Davis, T., Hogg, M. K., Marshall, D., Petersen, A., & Schneider, T. (2022). The knowing mother: Maternal knowledge and the reinforcement of the feminine consuming subject in magazine advertisements. *Journal of Consumer Culture*, 22(1), 40-60.

\*Davis, K. C., Neilson, E. C., & Stappenbeck, C. A. (2023). Alcohol-involved rape: Limitations of the “rape exception” for abortion access. *Psychology of addictive behaviors*.

De Beauvoir, S. (2013). *Il secondo sesso*. Il saggiatore.

\*Deaux, K., & LaFrance, M. (1998). *Handbook of social psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.

Dyer, R. L., Checkalski, O. R., & Gervais, S. J. (2023). Abortion Decisions as Humanizing Acts: The Application of Ambivalent Sexism and Objectification to Women-Centered Anti-Abortion Rhetoric. *Psychology of Women Quarterly*, 03616843231173673.

Duerksen, K. N., & Lawson, K. L. (2017). “Not brain-washed, but heart-washed”: A qualitative analysis of benevolent sexism in the anti-choice stance. *International journal of behavioral medicine*, 24, 864-870.

Engel, J. (2020). Still Here: Miscarriage and the ontology of the silent cradle. *Cultural Studies↔ Critical Methodologies*, 20(1), 16-25.



\*Ennis, L. R. (2014). *Intensive mothering: The cultural contradictions of modern motherhood*. Demeter Press.

\*Ehmer, J. (2021). A historical perspective on family change in Europe. *Research handbook on the sociology of the family*, 143-161.

\*Faircloth, C. (2014). Is attachment mothering intensive mothering?. *In Intensive Mothering: The Cultural Contradictions of Modern Motherhood*. Demeter Press.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2007). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 39(1), 6-12.

Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878–902.

Forbes, L. K., Donovan, C., & Lamar, M. R. (2020). Differences in intensive parenting attitudes and gender norms among US mothers. *The Family Journal*, 28(1), 63-71.

Furedi, A. (2022). Introduction: Why Abortion Needs a Moral Defence. In *The Moral Case for Abortion: A Defence of Reproductive Choice* (pp. 1-9). Cham: Springer International Publishing.

Galeotti, G. (2003). *Storia dell'aborto*. Il Mulino: Farsi un'idea 91.

Gaunt, R., & Pinho, M. (2018). Do sexist mothers change more diapers? Ambivalent sexism, maternal gatekeeping, and the division of childcare. *Sex Roles*, 79(3-4), 176-189.

\*Gerson, K. (1986). *Hard choices: How women decide about work, career and motherhood* (Vol. 4). Univ of California Press.

Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The ambivalent sexism inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of personality and social psychology*, 70(3), 491.

Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., Masser, B., ... & López, W. L. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of personality and social psychology*, 79(5), 763.

Glick, P., Sakallı-Uğurlu, N., Akbaş, G., Orta, I. M., & Ceylan, S. (2016). Why do women endorse honor beliefs? Ambivalent sexism and religiosity as predictors. *Sex Roles*, 75, 543-554.

\*Glick, P., & Raberg, L. (2018). Benevolent sexism and the status of women.

Goffman, E., (2018). Stigma: note sulla gestione dell'identità degradata. Ombre Corte.

Goldscheider, F., Bernhardt, E., & Lappegård, T. (2015). The gender revolution: A framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and development review*, 41(2), 207-239.

\*Grunow, D., & Evertsson, M. (Eds.). (2019). New parents in Europe. Edward Elgar Publishing.

Gunderson, J., & Barrett, A. E. (2017). Emotional cost of emotional support? The association between intensive mothering and psychological well-being in midlife. *Journal of Family Issues*, 38(7), 992-1009.

Hamilton, P. (2016). The 'good' attached mother: An analysis of postmaternal and postracial thinking in birth and breastfeeding policy in neoliberal Britain. *Australian Feminist Studies*, 31(90), 410-431.

Hammond, M. D., & Sibley, C. G. (2011). Why are benevolent sexists happier? *Sex Roles*, 65(5), 332-343.

Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion stigma: a systematic review. *Perspectives on sexual and reproductive health, 48*(4), 169-177.

Harris, L., Debbink, M., Martin, L., & Hassinger, J. (2011). The legitimacy paradox in US abortion provision. *Contraception, 84*(3), 307.

Harris, L. H., Debbink, M., Martin, L., & Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science & Medicine, 73*(7), 1062-1070.

Harrykisson, S. D., Rickert, V. I., & Wiemann, C. M. (2002). Prevalence and patterns of intimate partner violence among adolescent mothers during the postpartum period. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 156*(4), 325-330.

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American journal of public health, 103*(5), 813-821.

\*Hays, S. (1996). *The cultural contradictions of motherhood*. Yale University Press

Helgeson V. S. (2020) *Psychology of gender*, 6<sup>th</sup> edition. Routledge.

Henshaw S. K. (1998). Unintended pregnancy in the United States. *Family planning perspectives, 30*(1), 24–46.

\*Ho, R., & Penney, R. K. (1992). Euthanasia and abortion: Personality correlates for the decision to terminate life. *The Journal of Social Psychology, 132*(1), 77-86.

Hodson, G., & MacInnis, C. C. (2017). Can left-right differences in abortion support be explained by sexism?. *Personality and Individual Differences, 104*, 118-121.

Hofferth, S. L., Reid, L., & Mott, F. L. (2001). The effects of early childbearing on schooling over time. *Family planning perspectives*, 259-267.

Holton, S., Fisher, J., & Rowe, H. (2009). Attitudes toward women and motherhood: their role in Australian women's childbearing behaviour. *Sex Roles*, 61, 677-687.

Huang, Y., Osborne, D., Sibley, C. G., & Davies, P. G. (2014). The precious vessel: Ambivalent sexism and opposition to elective and traumatic abortion. *Sex Roles*, 71, 436-449.

Huang, Y., Davies, P. G., Sibley, C. G., & Osborne, D. (2016). Benevolent sexism, attitudes toward motherhood, and reproductive rights: A multi-study longitudinal examination of abortion attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(7), 970-984.

Hulen, E. (2022). What Is Natural Is Best: A Qualitative Exploration of Women's Engagement in Attachment Parenting. *Journal of Family Issues*, 43(2), 405-417.

\*Hymowitz, C., & Schellhardt, T. D. (1986). The Glass Ceiling Special Report on the Corporate Woman. *The Wall Street Journal*, 24.

Jennings, L., & Brace-Govan, J. (2014). Maternal visibility at the commodity frontier: Weaving love into birthday party consumption. *Journal of Consumer Culture*, 14(1), 88-112.

Jones, B. H., & McNamara, K. (1991). Attitudes toward women and their work roles: Effects of intrinsic and extrinsic religious orientations. *Sex Roles*, 24, 21-29.

Jost, J. T., & Banaji, M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British journal of social psychology*, 33(1), 1-27.

Jost, J., & Hunyady, O. (2003). The psychology of system justification and the palliative function of ideology. *European review of social psychology*, 13(1), 111-153.

Jost, J. T., Pelham, B. W., Sheldon, O., & Ni Sullivan, B. (2003). Social inequality and the reduction of ideological dissonance on behalf of the system: Evidence of enhanced system justification among the disadvantaged. *European journal of social psychology*, 33(1), 13-36.

\*Kay, A. C., & Jost, J. T. (2003). System justification scale [Database record]. APA PsycTests.

Kelly, K. (2014). The spread of 'Post Abortion Syndrome' as social diagnosis. *Social Science & Medicine*, 102, 18-25.

Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 43(2), 103-109.

Kite, M. E., & Whitley Jr, B. E. (1996). Sex differences in attitudes toward homosexual persons, behaviors, and civil rights a meta-analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(4), 336-353.

Kite, M. E., Whitley Jr, B. E., & Wagner, L. S. (2022). Psychology of prejudice and discrimination. Taylor & Francis.

Kleven, H., Landais, C., Posch, J., Steinhauer, A., & Zweimuller, J. (2019). Child penalties across countries: Evidence and explanations. *AEA Papers and Proceedings*, 109, 122–126.

\*Knio, R. (1998). *Factors influencing gender role attitudes among Lebanese youth* (Doctoral dissertation, Boston University).

Körner, R., & Schütz, A. (2021). Power in romantic relationships: How positional and experienced power are associated with relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 38(9), 2653-2677.

Kremer, J., & Curry, C. (1987). Attitudes toward women in Northern Ireland. *The Journal of social psychology*, 127(5), 531-533.

Kroska, A., & Elman, C. (2009). Change in attitudes about employed mothers: Exposure, interests, and gender ideology discrepancies. *Social Science Research*, 38(2), 366-382.

Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, health & sexuality*, 11(6), 625-639.

Kumar, A. (2018). Disgust, stigma, and the politics of abortion. *Feminism & Psychology*, 28(4), 530-538.

\*Lavín, C. G., & García, R. Z. (2005). Diagnostic categorization of post-abortion syndrome. *Actas espanolas de psiquiatria*, 33(4).

\*Lee, E. (2001). *Reinventing Abortion as a Social Problem: 'Postabortion Syndrome' in the United States and Britain. How Claims Spread.* Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.

Lottes, I. L., & Kuriloff, P. J. (1992). The effects of gender, race, religion, and political orientation on the sex role attitudes of college freshmen. *Adolescence*, 27(107), 675.

\*Macdonald, C. L. (2011). *Shadow mothers: Nannies, au pairs, and the micropolitics of mothering.* Univ of California Press.

Maher, J., & Saugeres, L. (2007). To be or not to be a mother? *Journal of Sociology*, 43(1), 5-21.

Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of general psychiatry*, *57*(8), 777-784.

Major, B. (2008). *Report of the APA task force on mental health and abortion*. American Psychological Association.

Martin, L. A., Debbink, M., Hassinger, J., Youatt, E., Eagen-Torkko, M., & Harris, L. H. (2014). Measuring stigma among abortion providers: Assessing the abortion provider stigma survey instrument. *Women & Health*, *54*(7), 641-661.

Miller, E., Decker, M. R., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Levenson, R. R., Waldman, J., ... & Silverman, J. G. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*, *81*(4), 316-322.

Moffitt, T. E., & E-Risk Study Team. (2002). Teen-aged mothers in contemporary Britain. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*(6), 727-742.

\*Moore, K. A., Myers, D. E., Morrison, D. R., Nord, C. W., Brown, B., & Edmonston, B. (1993). Age at first childbirth and later poverty. *Journal of research on adolescence*, *3*(4), 393-422.

Moore, A. M., Frohwirth, L., & Miller, E. (2010). Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Social science & medicine*, *70*(11), 1737-1744.

Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., ... & Obedin-Maliver, J. (2020). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, *22*(1-2), 30-41.

Napier, J. L., Thorisdottir, H., & Jost, J. T. (2010). The joy of sexism? A multinational investigation of hostile and benevolent justifications for gender inequality and their relations to subjective well-being. *Sex roles*, 62, 405-419.

\*Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford University Press.

Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's health issues*, 21(3), S49-S54.

O'Connell, C., & Zampas, C. (2019). The human rights impact of gender stereotyping in the context of reproductive health care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 144(1), 116-121.

O'Donnell, J., Weitz, T. A., & Freedman, L. R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social science & medicine*, 73(9), 1357-1364.

\*Öngen, D. (2006). Attitudes towards women: A study of gender and academic domain differences in a sample of Turkish university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(5), 467-486.

Osborne, D., & Davies, P. G. (2012). When Benevolence Backfires: Benevolent Sexists' Opposition to Elective and Traumatic Abortion 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(2), 291-307.

Osborne, D., Huang, Y., Overall, N. C., Sutton, R. M., Petterson, A., Douglas, K. M., ... & Sibley, C. G. (2022). Abortion attitudes: An overview of demographic and ideological differences. *Political Psychology*, 43, 29-76.



Panzeri, M., & Fontanesi, L. (2021). *Educazione affettiva e sessuale di bambini e adolescenti*. Società editrice il Mulino spa.

Parsons, N. K., Richards, H. C., & Kanter, G. D. (1990). Validation of a scale to measure reasoning about abortion. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 107.

Patev, A. J., Hall, C. J., Dunn, C. E., Bell, A. D., Owens, B. D., & Hood, K. B. (2019). Hostile sexism and right-wing authoritarianism as mediators of the relationship between sexual disgust and abortion stigmatizing attitudes. *Personality and individual differences*, 151, 109528.

\*Poteat, V. P., & Mereish, E. H. (2012). (Dis) similarity between liberals and conservatives: Predicting variability in group differences on abortion and same-sex marriage rights attitudes. *Basic and Applied Social Psychology*, 34(1), 56-65.

Prentice, D. A., & Carranza, E. (2002). What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 269–281.

Reed, S. J., Miller, R. L., Valenti, M. T., & Timm, T. M. (2011). Good gay females and babies' daddies: Black lesbian community norms and the acceptability of pregnancy. *Culture, Health & Sexuality*, 13(7), 751-765.

Righetti, P. L., Girlanda, F., Romagnolo, C., Panizzo, F., & Maggino, T. (2009). Risvolti psicologici dell'interruzione volontaria di gravidanza: report di una ricerca empirica preliminare. *LA RIVISTA ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA.*, 01-208.

\*Russo, N. F. (1976). The motherhood mandate. *Journal of social issues*, 32(3), 143-153.

Scarborough, W. J., Sin, R., & Risman, B. (2019). Attitudes and the stalled gender revolution: Egalitarianism, traditionalism, and ambivalence from 1977 through 2016. *Gender & Society, 33*(2), 173-200.

Schmidt, E. M., Rieder, I., & Zartler, U. (2019). Interrelated parenting practices: conceptual foundations of involvement in care work at the transition to parenthood. *Families, Relationships and Societies, 8*(2), 321-340.

Schmidt, E. M., Zartler, U., & Vogl, S. (2019). Swimming against the tide? Austrian couples' non-normative work-care arrangements in a traditional environment. D. Grunow und M. Evertsson (Hg.): *New Parents in Europe: Work-Care Practices, Gender Norms and Family Policies*. Cheltenham, Northampton: Edward Elgar Publishing, 108-127.

Spence, J. T., & Hahn, E. D. (1997). The attitudes toward women scale and attitude change in college students. *Psychology of women quarterly, 21*(1), 17-34.

Staneva, A. A., Bogossian, F., Morawska, A., & Wittkowski, A. (2017). "I just feel like I am broken. I am the worst pregnant woman ever": A qualitative exploration of the "at odds" experience of women's antenatal distress. *Health care for women international, 38*(6), 658-686.

\*Strickler, J., & Danigelis, N. L. (2002). Changing frameworks in attitudes toward abortion. In *Sociological Forum* (Vol. 17, pp. 187-201). Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers.

\*Stotland, N. L. (2011). Psychiatric aspects of induced abortion. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(8), 568-570.

Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., ... & Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Global public health*, 6(sup1), S111-S125.

Smith, D. E. (1993). The standard North American family: SNAF as an ideological code. *Journal of family issues*, 14(1), 50-65.

Sorhaindo, A. M., & Lavelanet, A. F. (2022). Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. *Social science & medicine*, 115271.

Suppes, A. (2020). Do women need to have children in order to be fulfilled? A system justification account of the motherhood norm. *Social Psychological and Personality Science*, 11(7), 999-1010.

\*Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological review*, 107(3), 411.

Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., ... & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 1-13.

Testoni, I., Finco, N., Keisari, S., Orkibi, H., & Azoulay, B. (2021). Conflicts between women's religiosity and sense of free will in the context of elective abortion: A qualitative study in the worst period of Italy's COVID-19 crisis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 619684.

Thiel de Bocanegra, H., Rostovtseva, D. P., Khera, S., & Godhwani, N. (2010). Birth control sabotage and forced sex: experiences reported by women in domestic violence shelters. *Violence against women*, 16(5), 601-612.

Toller, P. W., Suter, E. A., & Trautman, T. C. (2004). Gender role identity and attitudes toward feminism. *Sex Roles*, 51, 85-90.

Uttal, L. (1996). Custodial care, surrogate care, and coordinated care: Employed mothers and the meaning of child care. *Gender & Society*, 10(3), 291-311.

Uttal, L. (1999). Using kin for child care: Embedment in the socioeconomic networks of extended families. *Journal of Marriage and the Family*, 845-857.

Valiquette-Tessier, S. C., Gosselin, J., Young, M., & Thomassin, K. (2019). A literature review of cultural stereotypes associated with motherhood and fatherhood. *Marriage & Family Review*, 55(4), 299-329.

Verdaguer, M. (2019). Mothering cancer: Maternal subjectivity and the status of the fetus in a case of cervical ectopic pregnancy. *In Women's Studies International Forum* (Vol. 74, pp. 27-34). Pergamon.

Wakslak, C. J., Jost, J. T., Tyler, T. R., & Chen, E. (2007). System justification and the alleviation of emotional distress. *Psychological Science*, 18, 267-274.

Wall, S. N., Frieze, I. H., Ferligoj, A., Jarošová, E., Pauknerová, D., Horvat, J., & Šarlija, N. (1999). Gender role and religion as predictors of attitude toward abortion in Croatia, Slovenia, the Czech Republic, and the United States. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30(4), 443-465.

Wang, G. Z., & Buffalo, M. D. (2004). Social and cultural determinants of attitudes toward abortion: A test of Reiss' hypotheses. *The Social Science Journal*, 41(1), 93-105.

Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 88(2), 187-204.

Weitz, T. A., Moore, K., Gordon, R., & Adler, N. (2008). You say regret and I say relief: a need to break the polemic about abortion. *Contraception*, 78(2), 87-89.

\*Williams, J. (2001). *Unbending gender: Why family and work conflict and what to do about it*. Oxford University Press.

Whatley, M., & Knox, D. (2005). Scales for Measuring College Student Views of Traditional Motherhood and Fatherhood. *College Student Journal*, 39(3).

Zamberlin, N. (2015). El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina. Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Buenos Aires: CLACAI.

Zandberg, J., Waller, R., Visoki, E., & Barzilay, R. (2023). Association between state-level access to reproductive care and suicide rates among women of reproductive age in the United States. *JAMA psychiatry*, 80(2), 127-134.

Zell, E., Strickhouser, J. E., Lane, T. N., & Teeter, S. R. (2016). Mars, Venus, or Earth? Sexism and the exaggeration of psychological gender differences. *Sex Roles*, 75, 287-300.



## Sitografia

American Psychological Association,(2021). Abortion and Mental Health.Link:  
<https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion>

Brocardo E., (2022). Se diecimila vi sembrano poche: il punto sull'aborto clandestino in Italia. Elle.Link:<https://www.elle.com/it/magazine/women-in-society/a39169486/aborto-clandestino-italia/>

Camilli A. (2023). Perché in Italia i medici obiettori sono così tanti. L'Essenziale. Link: <https://www.internazionale.it/essenziale/notizie/annalisa-camilli/2023/02/01/aborto-obiezione-di-coscienza-italia>

\*European Committee of Social Rights (2015). Decision on Admissibility and the merits. Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGLI) v Italy. Link: <https://www.slideshare.net/ilfattoquotidiano/sentenza-consiglio-deuropa-su-aborto>

International Conference on Population and Development (ICPD), (2021).Link:  
<https://www.unfpa.org/annual-report-2021>

Ipnos, (2022). Diritto all'aborto in Italia: la maggioranza dei cittadini supporta l'interruzione di gravidanza legale.Link:<https://www.ipsos.com/it-it/diritto-aborto-italia-maggioranza-cittadini-supporta-interruzione-volontaria-gravidanza-legale#:~:text=In%20Italia%2C%20il%20sondaggio%20d,non%20esprime%20la%20propria%20opinione>

Freeda, (2023). Come sta cambiando il diritto all'aborto in Italia? Con Vittoria Loffi | Diritti. Link: [https://www.youtube.com/watch?v=-gD\\_C3oX9LY&t=1710s](https://www.youtube.com/watch?v=-gD_C3oX9LY&t=1710s)

Luca L., (2021). Delitto d'onore e matrimonio riparatore: quando le donne dissero basta.

LaRepubblica.Link:[https://www.repubblica.it/cultura/2021/10/06/news/delitto\\_d\\_onore\\_e\\_matrimonio\\_riparatore\\_quando\\_le\\_donne\\_si\\_ribellarono-320869477/](https://www.repubblica.it/cultura/2021/10/06/news/delitto_d_onore_e_matrimonio_riparatore_quando_le_donne_si_ribellarono-320869477/)

Neri V., (2019). Spesso in Italia l'aborto è un diritto solo sulla carta. L'inchiesta della Cnn. Lifegate Link: <https://www.lifegate.it/italia-aborto-obiettori>

Parachini M. & Pompili A., (2022). Aborto. Associazione Luca Coscioni. Link: <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/aborto>

Quaglia V., (2022). Abortire in Italia: un diritto a rischio?. Il Mulino. Link: <https://www.rivistailmulino.it/a/abortire-in-italia-un-diritto-a-rischio>

Santi S., (2022). Troppi obiettori di coscienza in Italia: l'aborto è un diritto spesso negato. Lifegate. Link: <https://www.lifegate.it/obiettori-di-coscienza-aborto-italia>

Siviero G.,(2017).L'obiezione di coscienza non è un'obiezione. Il post. Link: <https://www.ilpost.it/2017/03/03/obiezione-di-coscienza-funzionamento-italia/>

Siviero G., (2022). Breve storia del successo dei movimenti antiabortisti italiani. Il post. Link: <https://www.ilpost.it/2022/07/18/breve-storia-del-successo-dei-movimenti-antiabortisti-italiani/>

Torrisi C., (2021). In Italia la pandemia ha reso più difficile abortire. Internazionale. Link: <https://www.internazionale.it/reportage/claudia-torrisi/2021/01/25/aborto-pandemia>

United Nations, (2018). Access to Legal Abortion Services Needed, to Prevent 47,000 Women Dying Each Year - UN Rights. Link: <https://news.un.org/en/story/2018/09/1021332>